



Клінічний випадок

Виразкова хвороба шлунка

Виконала:
студентка
4 курсу 19 групи
Рогова О.С.

Скарги

Пацієнт П., 45 років, скаржиться на біль в животі, відрижку, нудоту, блювоту і зниження апетиту.

- Біль в епігастральній ділянці тупий, ниючий, нападopodobний, нетривалий, що виникає через 30 хвилин після їжі, зменшується після прийому їжі, іррадіює в лопатку.
- Біль супроводжується нудотою помірної інтенсивності.
- Відрижка кисла, помірної інтенсивності, періодична, виникає після прийому їжі.
- Блювота періодична, короткочасна, кислим вмістом шлунку, часто вранці натщесерце, приносить полегшення.
- Апетит знижений через острах больових відчуттів.

При опитуванні з боку інших органів і систем скарг не виявлено.

Anamnesis morbi

Вважає себе хворим останні 6 місяців, коли вперше з'явилися болі в епігастральній ділянці. Займався самолікуванням, купірував біль препаратом «Альмагель» і харчовою содою. Погіршення почалися тиждень тому, коли з'явилася нудота та напади блювоти. Звернувся до дільничного терапевта і був направлений в ХОКБ на стаціонарне лікування. Був госпіталізований в відділення гастроентерології.

Anamnesis vitae

- Житлові і матеріально-побутові умови протягом життя задовільні.
- Трудова діяльність пов'язана зі значними фізичними навантаженнями.
- Режим праці та відпочинку не виконується, нерегулярне харчування, дієти не дотримується.
- Спадковість не обтяжена.
- Ендокринологічні захворювання, захворювання центральної нервової системи, онкологію у себе і у родичів заперечує.
- Туберкульоз, вірусний гепатит, венерологічні захворювання заперечує.
- Курить протягом 15 років, алкоголь не вживає.
- Алергологічний анамнез не обтяжений.

Об'єктивне дослідження

Загальний стан хворого середньої тяжкості,, положення в ліжку активне, свідомість ясна, хода млява, вираз обличчя тужливий. Будова тіла правильна. Конституція тіла нормостенічна. Шкіра блідо-рожева, підвищено волога, еластичність і тургор в нормі. Гіперпігментації, висипання відсутні. Оволосіння за чоловічим типом. ПЖК помірно розвинена, рівномірно розподілена, набряків немає. М'язова система добре розвинена, тонус в нормі. Атрофії, дефектів розвитку, болючості при пальпації немає. Лімфатичні вузли не пальпуються. Кістки і суглоби без деформації.

Система органів дихання без патології. ЧДД 16/хв. При аускультатії над всією поверхнею легень вислуховується везикулярне дихання.

Серцево-судинна система без змін. ЧСС 70/хв. АТ 110/70 мм. рт. ст.

Об'єктивне дослідження

Система травлення: Запах з рота відсутній, губи сухі, блідо-рожеві, виразок, тріщин, висипань немає. Слизова оболонка губ, щік і м'якого піднебіння рожева. Язик нормального розміру і форми, вологий, обкладений білувато-жовтим нальотом, сосочки не атрофовані. Зів гіперемований.

Живіт правильно округлої форми, симетричний, роздутий. Видимої перистальтики шлунково-кишкового тракту не відзначається. Шкіра живота чиста, рубців немає, бере участь в акті дихання. При поверхневій пальпації живіт м'який, помірно болючий в епігастральній ділянці близько мечоподібного відростка. Симптомів подразнення очеревини немає.

При перкусії живота відзначається тимпанічний звук над усією поверхнею шлунка. Рідина і вільний газ в черевній порожнині не визначаються. Визначається позитивний синдром Менделя в епігастральній ділянці. Аускультативно прослуховуються нормальні перистальтичні кишкові шуми. Патологічних кишкових шумів і шуму тертя очеревини не виявлено.

При огляді зі сторони інших органів та систем патології не виявлено.

Попередній діагноз

На підставі скарг хворого (біль в епігастральній ділянці тупий, що виникає через 30 хвилин після їжі, зменшується після прийому їжі, іррадіює в лопатку, блювота кислим вмістом шлунку, часто вранці натщесерце, приносить полегшення) та даних об'єктивного дослідження (при поверхневій пальпації живіт помірно болючий в епігастральній ділянці близько мечоподібного відростка, визначається позитивний синдром Менделя в епігастральній ділянці) був поставлений попередній діагноз: виразкова хвороба шлунку в стадії загострення.

План обстеження

1. Загальний аналіз крові
2. Біохімічний аналіз крові
3. ЕГДС з біопсією
4. Тестування на наявність Hр
5. Аналіз калу на приховану кров
6. Рентгенологічне дослідження шлунка
7. Дослідження секреторної функції шлунка
8. УЗД органів черевної порожнини

Результати додаткових досліджень

Загальний аналіз крові

Гемоглобін	146 г/л
Еритроцити	4.9 ¹² /л
КП	0,9
Лейкоцити	4.8 ⁹ /л
Нейтрофіли паличкоядерні	2%
Нейтрофіли сегментоядерні	76%
Еозинофіли	2%
Лімфоцити	17%
Моноцити	3%
ШОЕ	6 мм/год

Біохімічний аналіз крові

Загальний білок	76.3 г/л
Альбуміни	54%
Глобуліни	46%
Сечовина	4.7 ммоль/л
Креатинін	98 ммоль/л
Білірубін	7.0 ммоль/л
АЛТ	21.0
АСТ	36.0
ЛДГ	454
Глюкоза	5.4 ммоль/л

Результати додаткових досліджень

ЕГДС: Стравохід вільно проходим. Кардія замикається. У шлунку - невелика кількість пінистого вмісту. Складки слизової поздовжньо спрямовані. Перистальтика простежується. Слизова шлунку помірно гіперемована. На задній стінці антрального відділу шлунку дефект діаметром 1 см., білим нальотом, навколо запальний вал. Взято біопсію, тканини м'які. Цибулина ДПК без особливостей



13С-сечовинний дихальний тест: позитивний

Аналіз калу на приховану кров: негативний

Рентгенографія шлунка: виявляється позитивний симптом ніші



pH-метрія: помірна гіперацидність, pH-1.5

Диференційований діагноз

Хронічний гастрит на відміну від виразкової хвороби характеризується більшою виразністю диспептичних явищ: відчуття тяжкості в верхньому відділі живота, швидкого насичення після прийому навіть невеликої кількості їжі, печія, відрижка кислим вмістом, розлади стільця. Необхідні повторні ендоскопічні дослідження, при яких виявляються характерна ригідність складок слизової оболонки шлунка, зміна рельєфу його.

Дуоденіт і пілородуоденіт нерідко вельми нагадують клініку виразкової хвороби. На відміну від останньої для них характерна вираженість постійних голодних і нічних болів. При рентгенологічному дослідженні ознаки виразки відсутні, визначаються гіпертрофовані і атиповий переплітаються складки слизової оболонки з зернистим рельєфом.

Рак шлунка. Найбільш характерними ознаками є: більш літній вік хворих, скарги на загальну слабкість, постійні ниючі болі. У багатьох виявляються анемія, збільшене ШОЕ, стійкі приховані кровотечі. При рентгеноскопії, крім ніші, виявляються інфільтрація і ригідність стінки шлунка, обрив складок слизової, відсутність перистальтики в ураженій зоні.

Остаточний діагноз

На підставі скарг хворого (біль в епігастральній ділянці тупий, що виникає через 30 хвилин після їжі, зменшується після прийому їжі, іррадіює в лопатку, блювота кислим вмістом шлунку, часто вранці натщесерце, приносить полегшення) та проведених досліджень (при поверхневій пальпації живіт помірно болючий в епігастральній ділянці близько мечоподібного відростка, визначається позитивний синдром Менделя в епігастральній ділянці; на задній стінці антрального відділу шлунка дефект діаметром 1 см., білим нальотом, навколо запальний вал; виявляється позитивний симптом ніші та виявлена *H. Pylori*) був поставлений остаточний діагноз: виразкова хвороба шлунка в стадії загострення.

Лікування

Первая линия терапии (7 дней)*

Вариант	ИПП	Кларитромицин	Метронидазол	Амоксициллин
1**	Стандартная доза	2×500 мг		2×1000 мг
2	Стандартная доза	2×500 (250) мг	2×400 мг или 2×500 мг	
В обоих вариантах обязательно применение два раза в день ИПП в стандартной дозе: омепразол 2×20 мг, лансопразол 2×30 мг, пантопразол 2×40 мг, рабепразол 2×20 мг, эзомепразол 2 × 20 мг.				



Вторая линия терапии (7 дней)

Висмут	ИПП	Тетрациклин	Метронидазол
Висмута субцитрат (Де-нол) 4×120 мг	омепразол 2×20 мг, лансопразол 2×30 мг, пантопразол 2×40 мг, рабепразол 2×20 мг, эзомепразол 2×20 мг	4×500 мг	3×500 мг

Примечание:

* после проведения тройной терапии обычно назначается «долечивание» антисекреторным препаратом (ИПП или H₂-гистаминоблокатором) в стандартной дозе в течение 2-х недель (при язвах 12-п.к.) или 3-6 недель (при язвах желудка), хотя Маастрихтские консенсусы этого специально не рекомендуют

** все необходимые составные в оптимальных дозах есть в комбинированном препарате Пилобакт нео (по 3 таб. 2 раза в день в течение 7 дней)

Оцінка ефективності

Після загоєння доцільно провести контрольні ЕГДС через 3 і 6 міс.

Реабілітація:

- Індивідуальний дієтичний режим
- Режим праці і відпочинку
- Заняття фізкультурою
- Відмова від куріння, вживання алкоголю, прийому НПВС
- Санаторно-курортне лікування



Дякую за увагу!