Ярославская государственная медицинская академия

Кафедра хирургических болезней

Заведующий кафедрой:

Профессор Александров Ю.К.

Преподаватель:

Ассистент, к.м.н. Беляков И.Е.

История болезни

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Студентка

Дегтярева Е.А.

Ярославль, 2009

# Общие сведения

1. Ф.И.О.

2. Возраст: 59 лет

. Пол: мужской

. Национальность: русский

. Домашний адрес: Ярославль, ул д. к. кв.

. Образование: среднее профессиональное

. Место работы и должность: пенсионер

. Дата и время поступления в клинику: 5.12.09 14:25

. Диагноз направившего учреждения: желудочно-кишечное кровотечение

. Группа крови - I (0)

. Резус-фактор - отрицательный

Расспрос больного

## Жалобы больного при поступлении в клинику на:

- умеренные боли ноющего характера, локализующиеся в эпигастральной области;

черный жидкий стул,

тошноту, однократную рвоту с примесью кровяных сгустков,

общую слабость, недомогание, головокружение.

## Жалобы больного на момент курации на:

- умеренную болезненность в эпигастральной области и правом подреберье.

История настоящего заболевания

Считает себя больным в течение трех недель (с 20.11.2009), когда после продолжительного употребления спиртного (в течение 7 дней) впервые возникли общая слабость, недомогание. В течение этого периода времени происходило постепенное нарастание симптомов. 4.12.2009 возникли умеренные боли ноющего характера в эпигастрии, была однократная рвота (рвотные массы зеленоватого цвета). 5.12.2009 больной почувствовал резкую слабость, была однократная рвота с примесью темных сгустков крови, однократный темный жидкий стул. Во второй половине дня боль усилилась, в связи с чем больной вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которая доставила его в приемный покой НУЗ ДКБ на ст. Ярославль ОАО «РЖД». Никаких пособий персоналом скорой медицинской помощи не проводилось. Больной был госпитализирован в I хирургическое отделение по экстренным показаниям с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение».

Свое состояние больной первоначально связывал с заболеванием печени, в связи с чем самостоятельно принимал аллохол, гепатопротекторные препараты (название уточнить затрудняется). Препараты, окрашивающие стул не применял. Рвоту больной ошибочно связывал с погрешностями в диете.

Заключение: вероятнее всего, в данном случае имеет место заболевание желудочно-кишечного тракта, вызванное или обостренное продолжительным приемом алкоголя.

История жизни больного:

Родился 18.04.1950 в д. Новоселки Ярославской обл. Ярославского р-на.

Учиться пошел с 7 лет, окончил 9 классов средней школы. Продолжил обучение в ПТУ г. Ярославля. С 1969 по 1971 год проходил срочную военную службу в ГСВГ (Германия). С 1971 года начал работать на железной дороге осмотрщиком составов. В 2004 году вышел на пенсию, фактически работать прекратил в 2006 году. Из особенностей работы отмечает работу сменами по 12 часов, значительное нервное и зрительное напряжение, шум, вибрацию.

Женат с 1972 г. Имеет двух взрослых детей. Питание домашнее, регулярное.

Наличие привычных интоксикаций: курит с 16 лет по 1 пачке сигарет в день, умеренно употребляет алкоголь (со слов больного, имеет склонность к продолжительному непрерывному приему алкоголя, после чего делает перерывы до 1 года).

Из перенесенных заболеваний отмечает паротит (в детстве), вирусный гепатит в 1965 году. В 1974 г. перенес сотрясение мозга в связи с производственной травмой. Наличие туберкулеза и венерических заболеваний отрицает. Наличие операций отрицает.

Наличие туберкулеза, сифилиса, психических заболеваний, болезней обмена веществ, алкоголизма, гемофилии у ближайших родственников отрицает.

Непереносимость каких-либо лекарственных средств не отмечает. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощены.

Заключение: возможные провоцирующие факторы для повреждения желудочно-кишечного тракта - курение и продолжительный прием алкоголя.

Данные объективного исследования

Настоящее состояние больного

Общее состояние средней тяжести, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая.

Кожные покровы бледные. Влажность кожи умеренная, тургор тканей и эластичность кожи снижены. Сыпи, изъязвлений, сосудистых звездочек, видимых опухолей и депигментных пятен нет. Ногти, волосы без патологических изменений.

Видимые слизистые (слизистые губ, полости рта, конъюнктивы) - чистые нормальной окраски, влажные, без высыпаний. Склеры не изменены.

Подкожная жировая клетчатка развита чрезмерно. Отеков нет.

Лимфатические узлы (затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные (задние и передние), надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются, безболезненные, кожа над ними не изменена.

Мышцы развиты равномерно, мышечный тонус сохранен. Болезненность при пальпации отсутствует, уплотнений в мышцах нет.

Форма костей черепа, позвоночника, конечностей не изменена. Ось верхней и нижней конечности не нарушена. Болезненность при пальпации и поколачивании грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков - отсутствует. Утолщений и неровностей надкостницы нет. Суставы правильной конфигурации, кожа над ними не изменена, припухлости нет, болезненность при пальпации - отсутствует. Объем движений в суставах в полном объеме, хруста - нет.

Система органов дыхания:

Носовое дыхание не затруднено.

Форма грудной клетки номостеническая, асимметрия отсутствует, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания, западение или выпячивание над- и подключичных ямок - нет, ширина межреберных промежутков 1,5 см., направление ребер ближе к горизонтальному, эпигастральный угол более 90є, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания - брюшной. Число дыхательных движений - 20 в минуту. Дыхание глубокое, ритмичное. Одышки нет. При пальпации грудной клетки болезненности не обнаружено. Грудная клетка резистентна. Голосовое дрожание равномерное, проводится одинаково с обеих сторон.

Сравнительная перкуссия: Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

Высота стояния верхушек легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| легкое | Спереди | Сзади |
| Правое легкое | на 3 см выше ключицы | на уровне VII шейного позвонка по линии, соединяющей середину ости лопатки и точку на 3 см латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка |
| Левое легкое | на 3 см выше ключицы | на уровне VII шейного позвонка по линии, соединяющей середину ости лопатки и точку на 3 см латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка |

Нижние границы легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия перкуссии | правое легкое | левое легкое |
| парастернальная линия | V межреберье | - |
| срединно-ключичная линия | VI ребро | - |
| передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| Паравертебральная линия | остистый отросток XI грудного позвонка | остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних легочных краев:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | правое легкое | | | левое легкое | | |
| место перкуссии | На вдохе | на выдохе | Сумма | на вдохе | на выдохе | Сумма |
| срединно-ключичная линия | 1,5 | 1,5 | 3 | - | - | - |
| Средняя подмышечная линия | 2 | 2 | 4 | 1,5 | 1,5 | 3 |
| лопаточная линия | 2 | 2 | 4 | 1,5 | 1,5 | 3 |

Аускультация: Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. В нижних отделах легких влажные мелкопузырчатые хрипы, исчезающие после покашливания. Шум трения плевры - отсутствует. Бронхофония: выслушивается невнятная, неразборчивая речь.

Система органов кровообращения:

Артериальное давление на плечевой артерии:

справа: систолическое - 120 мм.рт.ст., диастолическое - 90 мм.рт.ст.,

слева: систолическое - 120 мм.рт.ст., диастолическое - 80 мм.рт.ст.

ЧСС -76 уд./мин.

Грудная клетка над областью сердца не деформирована. Видимой пульсации области сердца, надчревной пульсации нет. Верхушечный толчок не визуализирован, положительный, локализованный, умеренной силы. Дрожания в области сердца нет.

Границы относительной сердечной тупости:

Левая - на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье;

Правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье

Верхняя - на III ребре по парастернальной линии.

Поперечник сердца - 12 см.

Контуры сердца и сосудистого пучка:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cлева | Справа |
| II м/р | На 1см от левого края грудины | На 1см от правого края грудины |
| III м/р | На 0,5см кнаружи от парастернальной линии | На 1см от правого края грудины |
| IV м/р | По срединно-ключичной линии | По правому краю грудины |
| V м/р | На 1см кнаружи от срединно-ключичной линии | По правому краю грудины |

Ширина сосудистого пучка 7 см.

Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Левая - на 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии;

Правая - по левому краю грудины в III межреберье;

Верхняя - на IV ребре слева.

Аускультация: тоны сердца приглушенные, ритмичные. Шумы не выслушиваются ни стоя, ни сидя, ни лёжа на левом боку.

###### Система органов пищеварения

Слизистая оболочка полости рта влажная, бледно-розового цвета, сыпи, язвы, трещины отсутствуют. Язык влажный, обложен белым налетом. Мягкое и твердое небо, область зева, задняя стенка глотки бледно-розового цвета без налета, геморрагий, изъязвлений. Миндалины не выступают из-за нёбных дужек. Полость рта санирована. Запах изо рта отсутствует.

Живот правильной конфигурации, симметричный, видимая перистальтика отсутствует, обе половины живота одинаково принимают участие в акте дыхания. Пупок не изменен, без видимой пульсации. Расширения подкожных вен не наблюдается. При поверхностной ориентировочной пальпации живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной, правой подреберной и правой подвздошной областях. Напряжение брюшной стенки отсутствует. Грыжи белой линии живота, расхождение прямых мышц живота, опухоли, увеличение селезенки не отмечается.

При глубокой методической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско в левой подвздошной области прощупывается сигмовидная кишка в виде гладкого, эластичного цилиндра диаметром 2 см, безболезненного при пальпации, не урчащего, вяло перистальтирующего, смещаемого на 3-4 см в ту и в другую сторону. В правой подвздошной области прощупывается слепая кишка в виде плотного урчащего цилиндра диаметром 3 см, безболезненного при пальпации. Червеобразный отросток не пальпируется. Восходящий и нисходящий отдел поперечной ободочной кишки не пальпируется. Поперечная ободочная кишка не пальпируется. Большая кривизна желудка не пальпируется. При перкуссии нижняя граница желудка определяется на 1 см выше пупка. Шум плеска не определяется. Поджелудочная железа не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

При перкуссии живота свободная жидкость не определяется. Стул регулярный, жидкий, темного цвета, 1 раз в сутки.

Болезненности при пальпации в точках: пузырной, Мюсси, гастритической, панкреатической, Ленца, Мак-Бурнея нет. Симптомы Захарьина, Василенко, Кера отрицательны. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя отрицательны.

Расхождение прямых мышц живота, опухоли не определяются. Край печени мягкий, закругленный, выступает из под реберной дуги на 2 см.

Границы относительной тупости печени:

Границы печени при перкуссии по срединно-ключичной линии справа:

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя | на уровне VI ребра; |
| Нижняя | по краю реберной дуги; |
| По срединной линии | на 4 см ниже мечевидного отростка; |
| По левой рёберной дуге | на уровне прикрепления VII ребра; |

Размеры печени по Курлову:

Большой прямой - 10 см

Малый прямой - 9 см

Косой - 8 см.

Размеры селезёнки при перкуссии по Х левому ребру:

Поперечник 8 см,

Длинник 5 см.

Аускультация: выслушиваются отчетливые кишечные шумы

Per rectum: тонус сфинктера сохранен, ампула прямой кишки не расширена, содержит небольшое количество каловых масс. На высоте пальца патологии не определяется. На перчатке - следы темного кала.

Мочевыделительная система:

При осмотре поясничной области изменений не выявлено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Почки не пальпируются, болезненность отсутствует. Мочевой пузырь безболезненный, не пальпируется, не перкутируется.

Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, свободное, безболезненное. Дизурических расстройств нет.

Эндокринная система:

Увеличение щитовидной железы не отмечается. При глотательных движениях спереди от щитовидного хряща пальпаторно определяется безболезненный, подвижный перешеек железы. Доли щитовидной железы не пальпируются. Вторичные половые признаки сформированы по мужскому типу.

Нервно-психический статус

Больной правильно ориентированав пространстве, времени и собственной личности. Умственное развитие: активно и логично мыслит. Контактен, правильно отвечает на поставленные вопросы. Нарушений сна нет. Обоняние и вкус не нарушены. Глазные щели симметричные, косоглазия нет, зрачки одинаковые, округлой формы, диаметром 2 мм, реакция на свет не нарушена. Острота зрения нарушена (очки +3 дптр). Слух не изменен. Расстройств речи нет. Координация движений не нарушена. Дермографизм белый, устойчивый.

Локальный статус на момент курации:

Живот симметричный, округлой формы, не вздут, не напряжен, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика отсутствует. Расширенные подкожные вены отсутствуют.

Поверхностная пальпация: брюшная стенка не напряжена, умеренно резистентна, резко болезненна в эпигастральной, правой подреберной и правой подвздошной области. Органы брюшной полости без грубых анатомических изменений. Перитонеальный симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При перкуссии живота над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук. При аускультации выслушивается перистальтика.

Ректально: сфинктер в тонусе, кал не оформлен, черный, патологии в прямой кишке не обнаружено.

Предварительный диагноз

На основании

Жалоб при поступлении на:

умеренные боли ноющего характера, локализующиеся в эпигастральной области;

черный жидкий стул,

тошноту, однократную рвоту с примесью кровяных сгустков,

общую слабость, недомогание, головокружение.

Жалоб на момент курации на: умеренную болезненность в эпигастральной области и правом подреберье.

Данных истории настоящего заболевания о постепенном прогрессировании симптомов, резком ухудшении, появлении симптомов желудочно-кишечного кровотечения (мелена, рвота с кровавыми сгустками)

Данных истории жизни: курит с 16 лет по 1 пачке сигарет в день, имеет склонность к продолжительному непрерывному приему алкоголя.

Данных осмотра больного: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажность кожи умеренная, тургор тканей и эластичность кожи снижены; живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной, правой подреберной и правой подвздошной областях. Данных местного статуса: Живот симметричный, округлой формы, не вздут, не напряжен, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика отсутствует. Расширенные подкожные вены отсутствуют. Поверхностная пальпация: брюшная стенка не напряжена, умеренно резистентна, резко болезненна в эпигастральной, правой подреберной и правой подвздошной области. Органы брюшной полости без грубых анатомических изменений. Перитонеальный симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При перкуссии живота над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук. При аускультации выслушивается перистальтика.

Ректально: сфинктер в тонусе, кал не оформлен, черный, патологии в прямой кишке не обнаружено.

Ставлю предварительный диагноз:

Основной: Желудочно-кишечное кровотечение

Осложнения: нет

Сопутствующий: нет

План обследования

Клинический минимум:

1. Клинический анализ крови ежедневно

2. Общий анализ мочи.

. Биохимический анализ крови на уровень глюкозы

. Определение группы крови и резус-фактора

. Анализ кала на яйца гельминтов

. ЭКГ

Специальные исследования:

. Экстренная эзофагогастродуоденоскопия и контрольное исследование через 3 дня

. УЗИ органов брюшной полости

. Обзорная рентгенография органов брюшной полости

. Фиброколоноскопия

. Лапароскопия (при спорных результатах предыдущих исследований)

Результаты дополнительных методов исследования

. Клинический анализ крови

.12.09 14:29

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты | 4,20 | х1012/л |
| Лейкоциты | 22,7 | х109/л |
| Гемоглобин | 135 | г/л |
| Гематокрит | 385 | /л |
| Тромбоциты | 389 | х109/л |
| СОЭ |  | мм/ч |
| Формула белой крови | |  |
| Нейтрофилы | 78,1 | % |
| Базофилы |  |  |
| Эозинофилы |  |  |
| Лимфоциты | 16,6 | % |
| Моноциты | 5,3 | % |

Заключение: значительный лейкоцитоз, незначительное повышение количества тромбоцитов,

.12.09 18:00

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты3,78х1012/л |  |  |
| Лейкоциты | 16,9 | х109/л |
| Гемоглобин | 122 | г/л |
| Гематокрит | 344 | /л |
| Тромбоциты | 394 | х109/л |
| СОЭ |  | мм/ч |
| Формула белой крови | |  |
| Нейтрофилы | 81,2 | % |
| Базофилы |  |  |
| Эозинофилы |  |  |
| Лимфоциты | 13,6 | % |
| Моноциты | 5,2 | % |

Заключение: эритропения, умеренный лейкоцитоз (снижение по сравнению с предыдущим анализом), снижено содержание гемоглобина, незначительное повышение количества тромбоцитов,

6.12.09 6:20

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты3,51х1012/л |  |  |
| Лейкоциты | 14,8 | х109/л |
| Гемоглобин | 115 | г/л |
| Гематокрит | 323 | /л |
| Тромбоциты | 366 | х109/л |
| СОЭ |  | мм/ч |
| Формула белой крови | |  |
| Нейтрофилы | 69,1 | % |
| Базофилы |  |  |
| Эозинофилы |  |  |
| Лимфоциты | 24,6 | % |
| Моноциты | 6,3 | % |

Заключение: прогрессирующая эритропения, прогресс снижения содержания гемоглобина, умеренный лейкоцитоз (снижение по сравнению с предыдущим анализом), незначительное повышение количества тромбоцитов,

.12.09 17:54

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты3,23х1012/л |  |  |
| Лейкоциты | 13,4 | х109/л |
| Гемоглобин | 106 | г/л |
| Гематокрит | 295 | /л |
| Тромбоциты | 358 | х109/л |
| СОЭ |  | мм/ч |
| Формула белой крови | |  |
| Нейтрофилы | 68,4 | % |
| Базофилы |  |  |
| Эозинофилы |  |  |
| Лимфоциты | 24,5 | % |
| Моноциты | 7,1 | % |

Заключение: прогрессирующая эритропения, прогресс снижения содержания гемоглобина, умеренный лейкоцитоз, незначительное повышение количества тромбоцитов.

7.12.09:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты3,55х1012/л |  |  |
| Лейкоциты | 15,5 | х109/л |
| Гемоглобин | 115 | г/л |
| Гематокрит | 319 | /л |
| Тромбоциты | 425 | х109/л |
| СОЭ | 36 | мм/ч |
| Формула белой крови | |  |
| Нейтрофилы |  |  |
| - миелоциты | 0 | % |
| - метамиелоциы | 0 | % |
| - палочкоядерные | 0 | % |
| - сегментоядерные | 61 | % |
| Базофилы | 0 | % |
| Эозинофилы | 2 | % |
| Лимфоциты | 28 | % |
| Моноциты | 9 | % |

Заключение: эритропения, лейкоцитоз, сниженное содержание гемоглобина, незначительное повышение количества тромбоцитов, ускорение СОЭ

. Общий анализ мочи от 7.12.09

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество | 100,0 | мл |
| Цвет | Соломенно-желтый |  |
| Прозрачность | Полная |  |
| Реакция | Кислая |  |
| Удельный вес | 1018 |  |
| Осадок | Нет |  |
| Белок | 0,139 | г/л |
| Сахар | Нет |  |
| Лейкоциты | 0-1 | в п/зр |
| Эритроциты | 0-1 | в п/зр |
| Слизь | Незначительное количество |  |

Заключение: незначительное количество белка в моче

. Анализ крови на резус-принадлежность и группу от 5.12.09

Группа крови - I (0)

Резус-фактор - отрицательный

. Биохимический анализ крови от 7.12.09

Глюкоза - 4,31 ммоль/л

Лактат - 1,08 ммоль/л

Заключение: нормальное содержание глюкозы и лактата в периферической крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Билирубин крови | | |
| - общий | 7,53 | мкмоль/л |
| - непрямой | 7,35 | мкмоль/л |
| - прямой | 0 | мкмоль/л |
| АсАТ | 20 | ед/л |
| АлАТ | 15 | ед/л |
| Мочевина | 13,4 | мкмоль/л |
| Амилаза | 69 | ед/л |
| Общий белок | 68 | г/л |

Заключение: общий билирубин крови снижен, уровень мочевины повышен, общий белок крови снижен

. Реакция микропреципитации от 7.12.09

Микропреципитация с кардиолипиновым антигеном - отрицательна

Заключение:

. Эзофагогастродуоденоскопия

от 5.12.09

Гастроскоп введён свободно. Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода отечна, гиперемирована в нижней трети с линейными эрозиями, покрытыми фибрином, Кардия смыкается не полностью. Натощак в желудке большое количество жидкости, слизи, остатков пищи, темной крови со сгустками. Складки слизистой после инсуфляции хорошо расправляются воздухом, извитые, эластичные. Перистальтика ровная во всех отделах. Доступные осмотру участки слизистой желудка (малая кривизна, антральный отдел, частично передняя и задняя стенки) розовая, пятнистая, с участками отека и гиперемии в антральном отделе. Привратник зияет. Слизистая луковицы ДПК ровная, розового цвета. Участок передней и медиальной стенок от верхнего изгиба до границы верхней и средней трети нисходящего отдела ДПК сильно отечен, ярко гиперемирован, с подслизистой гематомой, пролабирует в просвет, полностью перекрывая его. На слизистой несколько фиксированных сгустков крови. Сгустки частично сняты и отмыты. Под ними эрозии до 0,3 см. Подтекания крови во время исследования нет. Аппарат в нисходящий отдел проходит с трудом. БДС на фоне измененной стенки не визуализируется. Слизистая остальных отделов нисходящего отдела ДПК не изменена. В просвете ДПК слизи и крови нет.

Заключение: подслизистая гематома верхнею изгиба ДПК с эрозированной слизистой и признаками состоявшегося кровотечения из эрозий. На момент осмотра кровотечения нет. Высокий риск рецидива кровотечения. Forrest II В. (Не исключается острый панкреатит или опухоль поджелудочной железы). Недостаточность кардии. Эрозивный рефлюкс-эзофагит.

от 6.12.09

Гастроскоп введён свободно. Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода гиперемирована в нижней трети с желтыми пленками до 0,3 см. Кардия смыкается полностью. Натощак в желудке большое количество жидкости, слизи. Крови, гематина нет. Складки слизистой после инсуфляции хорошо расправляются воздухом, извитые, эластичные. Перистальтика ровная во всех отделах. Слизистая желудка розовая, пятнистая, с участками отека и гиперемии в антральном отделе. Привратник зияет. Слизистая луковицы ДПК ровная, розового цвета. Участок передней и медиальной стенок от верхнего изгиба до границы верхней и средней трети нисходящего отдела ДПК сильно отечен, ярко гиперемирован, с подслизистой гематомой, пролабирует в просвет, полностью перекрывая его. На передней стенке верхнего изгиба ДПК в области гематомы язва до 2,5 см, округлая, глубиной 1,0 см. Дно выполнено сгустками крови. Сгустки не отмываются. Подтекания крови во время исследования нет. Аппарат в нисходящий отдел проходит с трудом. БДС на фоне измененной стенки не визуализируется. Слизистая остальных отделов нисходящего отдела ДПК не изменена 3 просвете ДПК желчи и крови нет.

Заключение: Подслизистая гематома верхнего изгиба ДПК с изъязвлением слизистой. На момент осмотра кровотечения нет. Высокий риск рецидива кровотечения. Forrest II В. Кандидозный эзофагит.

. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 7.12.09

В желудке большое количество жидкостного содержимого.

Печень. По краю реберной дуги, косой вертикальный размер, малой доли 12,4 см, толщина малой доли - 9,7 см., контуры четкие, ровные, изоэхогенная, неоднородная. В 7 сегменте лоцируется 2 гиперэхогенных образования (1,2) 1,6х1,2 см, 1,2х0,9 см, с четкими ровными краями, однородные, аваскулярмые. (3): В 5 сегменте на границе с 8 лоцируется гипоэхогенное образование (3) 1,4х0,9х0,9 см с четкими ровными контурами, однородное, аваскулярное. Сосудистый рисунок и внугрипеченочные желчные протоки не расширены. НПВ - 1,7см. ПВ - до 1,1см. Вены печени до 0,9см.

Желчный пузырь: 6,4х2,4х2,7 см. В средней трети L-образный перегиб, стенка до 0,2 см, не уплотнена, содержимое однородное. Холедох до 0,5 см.

Поджелудочная железа не увеличена, головка визуализируется фрагментарно из-за содержимого желудка, тело 1,4 см, хвост 2,8 см, контуры нечеткие, ровные, неоднородная, эхогенность диффузно повышена. Вирсунгов проток отчетливо не визуализируется.

Селезенка не увеличена. 4,1х9,8 см, контуры ровные, изоэхогенная. структура однородная. S=35,7см.

Почки: правая 5,1х9,9х5,2 см левая 4,7х10,2х5,0 см. Бобовидной формы, симметричны, подвижны, левая почка опущена на 4-5см: контуры ровные, четкие. паренхима до 1,5см, изоэхогенна. КРИ 2:1. ЧЛК не расширены. Область надпочечников без особенностей. Проксимальные отделы мочеточников не расширены.

Парааортальные лимфатические узлы и лимфоузлы забрюшинного пространства не увеличены.

Наличия свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Видимые отделы желудка, двенадцатиперстной кишки без особенностей.

перистальтика сохранена.

Заключение: Образования большой доли печени: (1,2) - капиллярные гемангиомы. (3) - нельзя исключить mts. Деформации стенки желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы. Левосторонний нефроптоз

. ЭКГ от 5.12.09

Ритм систолический, правильный. Вертикальное положение электрической оси сердца. Тахикардия - 180 в мин.

. Консультация гастроэнтеролога от 7.12.09

Ds: язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная. Гематома луковицы ДПК. Состоявшееся кровотечение от 12.09.

Фон: хронический гастродуоденит, обострение

Сопутствующий: гемангиомы VII, VIII s печени. Образование панкреатодуоденальной зоны с mts печени.

Больной отмечает умеренный болевой синдром, нормализацию стула.

Язык обложен. Живот немного вздут. При пальпации болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Печень не увеличена, край безболезненный, ровный.

Стул оформлен, коричневый.

Рекомендованы контроль УЗИ, контроль ФГДС, биопсия через 7-10 дней. Контроль ОАК, мочевины, креатинина, анализ крови на 2/ФП mts печени (?). Антибактериальную терапию продлить до 22-23.12.09

План дифференциального диагноза

Дифференциальный диагноз кровотечения

Имеющееся у больного кровотечение следует дифференцировать по его локализации, для определения дальнейшей тактики лечения и экстренного купирования его.

1. Желудочно-кишечное кровотечение

a. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (пищевод) - характеризуется выделением значительного количества алой крови с рвотными массами.

b. Кровотечение из желудка или верхних отделов тонкой кишки характеризуется наличием рвоты «кофейной гущей» и возможным появлением мелены. Вероятные причины:. Кровотечение из толстого кишечника - выделение алой крови со стулом. Возможно также появление мелены пи явлениях заброса кишечного содержимого в верхние отделы желудочно-кишечного тракта или долгого пребывания каловых масс в кишечнике (в течение достаточного для образования гематина времени). Вероятные причины:

2. Кровотечение не желудочно-кишечной природы

a. Кровотечение из верхних дыхательных путей. Вероятные причины:

b. Легочное кровотечение характеризуется выделением алой или розовой пенящейся мокроты. Вероятные причины:

Дифференциальный диагноз причин кровотечения

Необходимо точно диагностировать не только источник кровотечения, но и причину, его спровоцировавшую для дальнейшей профилактики рецидивов кровотечения. Так как в данном случае симптоматика указывает на наиболее высокую вероятность кровотечения из органов желудочно-кишечного тракта, рассмотрим возможные причины кровотечения в этой области.

1. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта

a. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

b. Кровотечения неязвенной природы

i. Опухолевой этиологии

ii. Из эрозий при эрозивном гастрите. При дивертикулах желудочно-кишечного тракта. Энтерит, колит

2. Заболевания ССС, заболевания нервной системы, заболевания печени, селезенки, воротной вены

a. Портальная гипертензия

b. Гипертоническая болезнь

3. Заболевания близлежащих органов

a. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы,

b. Абсцессы, . Опухоли

4. Болезни сосудов, геморрагические диатезы и заболевания крови

a. Гемофилия

5. Последствия лекарственной терапии

6. Синдром Маллори-Вейса

Таким образом, из представленных вариантов на основании имеющейся клинической картины для дифференциального диагноза данного случая выберем следующие:

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

2. Эрозивный гастрит

. Рак желудка

. Синдром Маллори-Вейса

Дифференциальный диагноз

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ПРИЗНАК | Язвенная болезнь | Эрозивный гастрит | Рак желудка | Синдром Маллори-Вейса |
| 1. Данные анамнеза | Погрешности в диете, нарушения режима питания, злоупотребление алкоголем, курение. Хронический гастрит | Погрешности в диете, нарушения режима питания, злоупотребление алкоголем, курение. | Атрофический гастрит, полипоз, наличие опухолей пищеварительной системы, отягощенный семейный анамнез, курение, погрешности в диете | После прием алкоголя или большого количества пищи |
| 2. Характерные симптомы | Боль, изжога, нередко рвота кислым желудочным содержимым вскоре после еды на высоте боли. В период обострения боль ежедневная, возникает натощак, после приема пищи временно уменьшается или исчезает и появляется вновь. Ночная боль. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки может сопровождаться запорами. | Небольшая тошнота и болевыми ощущения в верхнем отделе желудка. У некоторых больных появляются симптомы, которые напоминают язву, особенно боль в промежутках между едой. | Общая слабость, утомляемость. неприятные ощущения или боль в эпигастрии, снижение аппетита, чувство тяжести после еды, тошнота, рвота, изменение стула. | Массивная рвота желудочным содержимым, а затем неизмененной кровью со сгустками. Выраженный болевой синдром. |
| 3. Результаты физикального обследования | При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области, иногда некоторая резистентность мышц брюшного пресса. | При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области. | Бледность, истощение, | При пальпации - болезненность в эпигастрии. |
| 4. Результаты лабораторных исследований | ОАК: незначительный лейкоцитоз Копрологическое исследование определяет скрытое кровотечение. Исследование желудочного сока: при локализации язвы в желудке кислотность желудочного сока нормальна или несколько снижена, при язве двенадцатиперстной кишки - повышена. | ОАК: лейкоцитоз Копрологическое исследование определяет скрытое кровотечение. | ОАК: повышение СОЭ Исследование желудочного сока: снижение кислотности. Копрологическое исследование определяет скрытое кровотечение. | Не показательны |
| 5. Результаты инструментальных исследований | Рентген: выявляется ограниченное затекание бариевой взвеси за контур слизистой оболочки - язвенная ниша. В желудке язвы обычно локализуются по малой кривизне, в двенадцатиперстной кишке - в луковице. Гастродуоденоскопия: выявляется язва с ровными краями и красным дном | Рентген: сглаженность рельефа Гастродуоденоскопия: многочисленные эрозии на поверхности желудка, желудочные складки сглажены. | Рентген: при контрастном исследовании - дефект наполнения, сглаживание складок, циркулярное сужение желудка. Гастродуоденоскопия: выявляется новообразование (экзофитная опухоль, инфильтрированный участок слизистой, язва с неровными краями) | Эзофагогастродуоденоскопия: трещина слизистой пищевода и кардиального сфинктера. |
| 6. Проявления кровотечения | Рвота «кофейной гущей», мелена | Рвота «кофейной гущей» | Рвота «кофейной гущей», мелена | Рвота неизмененной кровью |

# Клинический диагноз

язвенная болезнь двенадцатиперстная кишка

На основании

Жалоб при поступлении на:

умеренные боли ноющего характера, локализующиеся в эпигастральной области;

черный жидкий стул,

тошноту, однократную рвоту с примесью кровяных сгустков,

общую слабость, недомогание, головокружение.

Жалоб на момент курации на: умеренную болезненность в эпигастральной области и правом подреберье.

Данных истории настоящего заболевания о постепенном прогрессировании симптомов, резком ухудшении, появлении симптомов желудочно-кишечного кровотечения (мелена, рвота с кровавыми сгустками)

Данных истории жизни: курит с 16 лет по 1 пачке сигарет в день, имеет склонность к продолжительному непрерывному приему алкоголя.

Данных осмотра больного: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажность кожи умеренная, тургор тканей и эластичность кожи снижены; живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной, правой подреберной и правой подвздошной областях

Данных местного статуса: Живот симметричный, округлой формы, не вздут, не напряжен, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика отсутствует. Расширенные подкожные вены отсутствуют.

Поверхностная пальпация: брюшная стенка не напряжена, умеренно резистентна, резко болезненна в эпигастральной, правой подреберной и правой подвздошной области. Органы брюшной полости без грубых анатомических изменений. Перитонеальный симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При перкуссии живота над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук. При аускультации выслушивается перистальтика.

Ректально: сфинктер в тонусе, кал не оформлен, черный, патологии в прямой кишке не обнаружено.

Данных дополнительных методов исследования:

прогрессирующее снижение количества эритроцитов и гемоглобина крови, умеренный лейкоцитоз, изменение биохимических показателей крови;

по результатам эзофагогастродуоденоскопии: подслизистая гематома верхнею изгиба ДПК с эрозированной слизистой и признаками состоявшегося кровотечения из эрозий. Forrest II B. Недостаточность кардии. Эрозивный рефлюкс-эзофагит.

по результатам УЗИ: образования большой доли печени: две капиллярные гемангиомы, в левой доле нельзя исключить mts. Деформации стенки желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы. Левосторонний нефроптоз

Дифференциального диагноза между: язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивным гастритом, раком желудка, синдромом Маллори-Вейса.

Ставлю клинический диагноз:

Основной: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (язва верхнего изгиба двенадцатиперстной кишки) впервые выявленная, стадия обострения

Осложнения: кишечное кровотечение I степени. Постгеморрагическая анемия.

Сопутствующий: Гемангиомы печени.

Этиология, патогенез, клиника и современные методы лечения данной патологии

Язвенная болезнь связана с нарушением нервных, а затем и гуморальных механизмов, регулирующих секреторную, моторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, кровообращение в них, трофику слизистых оболочек. Образование язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке является лишь следствием расстройств указанных выше функций.

Отрицательные эмоции, длительные психические перенапряжения, патологические импульсы из пораженных внутренних органов при хроническом аппендиците, хроническом холецистите, желчнокаменной болезни и др. нередко являются причиной развития язвенной болезни.

Среди гормональных факторов имеют значение расстройства деятельности гипофизарно-надпочечниковой системы и функции половых гормонов, а также нарушение выработки пищеварительных гормонов (гастрина, секретина, энтерогастрона, холицистокинина-панкреозимина и др.), нарушение обмена гистамина и серотонина, под влиянием которых резко возрастает активность кислотно-пептического фактора. Определенную роль играют наследственные конституциональные факторы (наследственное предрасположение встречается среди больных язвенной болезнью в 15-40% случаев).

Непосредственное формирование язвы происходит в результате нарушения физиологического равновесия между «агрессивными» (протеолитически активный желудочный сок, заброс желчи) и «защитными» факторами (желудочная и дуоденальная слизь, клеточная регенерация, нормальное состояние местного кровотока, защитное действие некоторых интестинальных гормонов, например секретина, энтерогаст-рона, а также щелочная реакция слюны и панкреатического сока).

В механизме развития язв в выходном отделе желудка и, особенно, в двенадцатиперстной кишке решающим фактором является усиление агрессивности кислотно-пептического фактора.

Раз возникнув, язва становится патологическим очагом, поддерживающим афферентным путем развитие и углубление болезни в целом и дистрофических изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны в частности. Этот факт способствует хроническому течению болезни, вовлечению в патологической процесс других органов и систем организма.

Предрасполагающими факторами являются нарушения режима питания, злоупотребление острой, грубой, раздражающей пищей, постоянно быстрая, поспешная еда, употребление крепких спиртных напитков и их суррогатов, курение.

Язвенные геморрагии составляют около 60% всех острых желудочно-кишечных кровотечений. Они носят массивный характер и им уделялось большое внимание. Тем не менее, этиология и патогенез язвенных кровотечений изучены пока еще недостаточно.

Многочисленные клинические и экспериментальные исследования показали, что объяснить патогенез язвенной болезни унитарной теорией невозможно, так как в возникновении и развитии язвенной болезни принимают участие значительное количество общих и местных факторов, имеющих тесные связи.

К общим факторам возникновения и развития кровотечения следует отнести:

1) нарушение нервной регуляции

2) расстройства гормональных механизмов.

К местным факторам принадлежат:

1) повышение кислотно-ферментативного воздействия на слизистые;

2) нарушение трофических свойств стенки желудка и двенадцатиперстной кишки;

) состояние морфологической структуры слизистых;

) функциональные и морфологические изменения желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие при воздействии внешних причин

Теоретический план лечения данной патологии

Лечение желудочно-кишечного кровотечения:

1. Экстренные мероприятия

a. Катетеризация периферических вен для восполнения дефицита ОЦК

b. Зондирование желудка и его промывание холодной водой. Экстренная эзофагогастродуоденоскопия для выяснения причин кровотечения и попытки остановить его . Гемостатическая терапия (аминокапроновая кислота, викасол)

2. Консервативные мероприятия

a. Подавление продукции соляной кислоты и пищеварительных ферментов

i. Блокаторы Н2-рецепторов (ранитидин)

ii. Блокаторы протонной помпы (омепразол). Холинолитики (гастроцепин). Антациды и препараты, уменьшающие кровоснабжение слизистой желудка. Антибиотики (клоритромицин, амоксициллин)

b. Инфузионная терапия. Пациент должен получать инфузионную терапию до тех пор, пока его состояние не стабилизируется.

i. Для восстановления центральной гемодинамики - физиологический раствор, раствора Рингера, базис-раствора.

ii. В качестве коллоидного кровозаменителя - среднемолекулярный полиглюкин. . Восстановление микроциркуляции - низкомолекулярные коллоидные растворы (реополиглюкин, гемодез, желатиноль). . Для улучшения оксигенации клетки красной крови, свертываемости - плазма, тромбоциты. . Прямые переливания крови имеют значение главным образом для гемостаза.

c. Хирургическое лечение кровоточащей язвы (селективная проксимальная выготомия, ушивание дефектов, перевязка артерий, резекция желудка)

i. Экстренная операция при активном кровотечении

ii. Срочная операция больным, у которых консервативные мероприятия и переливание крови до 1500 мл за 24 часа не позволили стабилизировать состояние. После остановки кровотечения операция показана больным с длительным язвенным анамнезом, рецидивирующими кровотечениями, каллезной или стенозирующей язвой, при возрасте пациента свыше 50 лет

Профилактика рецидивов кровотечения (лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки)

Так как наиболее вероятная причина желудочно-кишечного кровотечения - кровоточащая язва, рассмотрим этиотропное лечение, имеющее целью устранение причины и профилактику рецидивов кровотечения.

1. Лечение в период обострения проводят в стационаре.

a. В первые 2-3 недели режим постельный, затем палатный.

b. Питание дробное и частое (4-6 раз в сутки), диета полноценная, сбалансированная, химически и механически щадящая (№ 1а, 1б, затем № 1). . Медикаментозно:

i. Антацидные средства (альмагель, окись магния, карбонат кальция),

ii. Обволакивающие и вяжущие средства (нитрат висмута основного, 0,06% раствор нитрата серебра), . Холинолитические средства(атропина сульфат и др.), . Спазмолитические средства (папаверина гидрохлорид, но-шпа) . Ганглиоблокаторы. . Седативные лекарственные средства, транквилизаторы.. Антибиотики (амоксициллин, клоритромицин)

d. Физиотерапия

i. диатермия,

ii. УВЧ-терапия, . грязелечение, . парафиновые и озокеритовые аппликации.

2. Профилактика:

a. Соблюдение гигиенических норм труда, быта и питания,

b. Воздержание от курения и употребления алкоголя.

3. Больные должны находиться под диспансерным наблюдением с активным проведением курсов противорецидивного лечения (весной, осенью). Профилактическое лечение даже без выраженных обострений болезни должно проводиться в течение 3-5 лет.

Проводимое лечение

1. Режим - палатный

2. Стол - жидкий (с 7.12.09)

. Диагностические процедуры:

a. Лабораторные исследования - ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови

b. Эзофагогастродуоденоскопия (5.12.09, 6.12.09). УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (7.12.09).. ЭКГ (5.12.09)

4. Лечебные мероприятия

a. Лекарства

i. Гастал (с 7.12.09)

ii. Ультон (с 7.12.09). Амоксициллин (с 7.12.09). Клоритромицин (с 7.12.09). Рутацид с 7.12.09

b. Инъекции

i. Аминокапроновая к-та в/в (с 5.12.09 по 8.12.09)

ii. Этамзилат в/м (с 5.12.09 по 8.12.09)

iii. Sol. NaCl (с 7.12.09)

iv. Sol. No-Spa в/м (с 7.12.09 по 8.12.09)

5. Консультации специалистов:

a. Гастроэнтеролог (10.12.09)

# Дневник курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата и сутки пребывания в стационаре | Течение болезни | Назначения (режим, диета, медикаменты, физиотерапия) |
| 08.12.09 (4 сутки) | Жалобы: Болезненность в эпигастральной области и правой боковой области живота. Боли в эпигастрии усиливающаются после приема пищи Status praesens: t=36,6 оС ЧСС 80 уд.в мин. ЧД 20 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритм правильный. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Симптомы Мюсси и Ортнера отрицательные. Зев спокоен, кожа и видимые слизистые - без патологии. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, безболезненные, не спаяны с кожей и с окружающими тканями. Кожа над ними не изменена. Стул отсутствует. Status localis: живот симметричный, мягкий, не вздут, не напряжен, равномерно участвует в акте дыхания. В эпигастральной и правой подреберной области при пальпации определяется умеренная болезненность. Перитонеальных симптомов нет. | Режим палатный, стол жидкий. Этамзилат в/м Sol. NaCl в/в Sol. No-Spa в/м Гастал Ультон Амоксициллин Клоритромицин Рутацид |
| 09.12.09 (5 сутки) | Жалобы: умеренная болезненность в эпигастральной области и правой боковой области живота Status praesens: t=36,8 оС ЧСС 76 уд.в мин. ЧД 19 в мин. АД 110/80 мм.рт.ст. Стул жидкий, в небольшом количестве. Status localis: без изменений | Режим палатный, стол жидкий. Sol. NaCl в/в Гастал Ультон Амоксициллин Клоритромицин Рутацид |
| 10.12.09 (6 сутки) | Жалобы: умеренная болезненность в эпигастральной области и правой боковой области живота Status praesens: t=36,6 оС ЧСС 70 уд.в мин. ЧД 19 в мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Стул отсутствует. Status localis без изменений | Режим палатный, стол жидкий. Sol. NaCl в/в Гастал Ультон Амоксициллин Клоритромицин Рутацид |
| 11.12.09 (7 сутки) | Жалобы: небольшая болезненность в эпигастральной области и правой боковой области живота Status praesens: t=36,7 оС ЧСС 78 уд.в мин. ЧД 20 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Стул отсутствует Status localis без изменений | Режим палатный, стол жидкий. Sol. NaCl в/в Гастал Ультон Амоксициллин Клоритромицин Рутацид |

Эпикриз

Больной 59 лет поступил в I хирургическое отделение НУЗ ДКБ на ст. Ярославль ОАО «РЖД» по экстренным показаниям с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение» 5.12.09 в 14:25. При поступлении предъявлял жалобы на умеренные боли ноющего характера, локализующиеся в эпигастральной области; черный жидкий стул, тошноту, однократную рвоту с примесью кровяных сгустков; общую слабость, недомогание, головокружение.

Со слов больного, заболевание развивалось в течение 3 недель, когда после продолжительного приема алкоголя возникли слабость, недомогание. 4.12.2009 возникли умеренные боли ноющего характера в эпигастрии, была однократная рвота (рвотные массы зеленоватого цвета). 5.12.2009 больной почувствовал резкую слабость, была однократная рвота с примесью темных сгустков крови, однократный темный жидкий стул.

На основании характерной клинической картины, данных местного статуса (живот симметричный, не вздут, не напряжен, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, расширенные подкожные вены отсутствуют. Брюшная стенка резко болезненна в эпигастральной, правой подреберной и правой подвздошной области. Органы брюшной полости без грубых анатомических изменений. Перитонеальный симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При перкуссии живота определяется тимпанический перкуторный звук. При аускультации выслушивается перистальтика. Ректально: сфинктер в тонусе, кал не оформлен, черный); данных дополнительных методов исследования:

(прогрессирующее снижение количества эритроцитов и гемоглобина крови, изменение биохимических показателей крови; по результатам эзофагогастродуоденоскопии - подслизистая гематома верхнею изгиба ДПК с эрозированной слизистой и признаками состоявшегося кровотечения из эрозий. Forrest II B; по результатам УЗИ - образования большой доли печени: две капиллярные гемангиомы, в левой доле нельзя исключить mts) больному был выставлен клинический диагноз:

Основной: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (язва верхнего изгиба двенадцатиперстной кишки) впервые выявленная, стадия обострения

Осложнения: кишечное кровотечение I степени. Постгеморрагическая анемия.

Сопутствующий: Гемангиомы печени.

В отделении больной получал следующее лечение: перорально - гастал, ультон, амоксициллин, клоритромицин, рутацид; инъекции - аминокапроновая к-та в/в, этамзилат в/м, Sol. NaCl в/в, Sol. No-Spa в/м.

Отмечается положительная динамика. Имеются признаки прекращения кровотечения, гемодинамика стабильна, нормализация стула. Субъективно больной отмечает уменьшение болевого синдрома.

Лечение продолжается.

Рекомендации больному при выписке:

1. Диета - стол №1 (Исключаются мясные, рыбные, грибные бульоны, соусы, специи, овощи и блюда из овощей, кисломолочные напитки, сыр, сметана, закуски, кондитерские изделия, фрукты и ягоды в сыром виде, кофе, какао, газированные напитки)

2. Диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога

Прогноз

В отношении заболевания - сомнительный, в связи с незавершенным лечением, в течение которого могут возникнуть рецидивы и осложнения; а также в связи со склонностью данного заболевания к рецидивирующему течению.

В отношении жизни:

ближайший - благоприятный в связи с эффективностью терапии, хорошей реакцией больного на лечение высока вероятность безрецидивного течения заболевания.

отдаленный - сомнительный, в связи с наличием у больного таких отягчающих течении заболевания факторов, как прием алкоголя и курение.

В отношении трудоспособности - прогноз не подлежит обсуждению, т.к. больной является пенсионером.

Список использованной литературы

1. Кузин М.И. с соавт. Хирургические болезни. - М.: Медицина, 2002.

. Краткая медицинская энциклопедия 1989

3. Словарь медицинских терминов, 2000

. Н.Р. Палеев «Справочник врача» 2002