СГМУ

Кафедра общей, оперативной и госпитальной хирургии

Зав. Кафедрой: д.м.н. Макаров А.И.

Преподаватель: д.м.н. Макаров А.И.

**Выписной эпикриз (Образец)**

Пациент П., 56 лет

ИБ№ ###

Куратор: студент # курса # группы

##### факультета

###

Сроки курации: ###

Дата сдачи: ###

Больной П. 56 лет, находился с 27.03.2019 по 29.03.2019 в 2 хирургическом отделении АОКБ с « Основным диагнозом: Острый эрозивный эзофагит.

Осложнение основного: Состоявшееся кровотечение ( Forrest 3).

Сопутствующее: Острый эрозивный гастрит, ремиссия ».

Больной поступил в экстренном порядке, по направлению участкового терапевта ГБУЗ АО «Приморской центральной районной больницы» с предварительным диагнозом: «Язвенная болезнь желудка, осложнённая желудочно-кишечным кровотечением ? ».

27.03.19 г. больной впервые обратился к участковому терапевту по месту жительства с жалобами на рвоту с примесью крови и чёрный стул. Участковым врачом было принято решение о направлении данного больного по экстренным показаниям в АОКБ с предварительным диагнозом: «Язвенная болезнь желудка, осложнённая желудочно-кишечным кровотечением ? »

При поступлении: Общее состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное, «кожные покровы» «обычной» окраски. Подкожно-жировой слой «удовлетворителен». Пульс ритмичный, артериальное давление 110/70 мм.рт.ст., тоны сердца ясные, ритмичные, шумы отсутствуют. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 17 в минуту. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Напряжение отсутствует. Симптом Щёткина-Блюмберга нет. Симптом Ровзинга отрицательный. Симптом Кера отрицательный. Симптом Воскресенского отрицательный. Болезненность при поколачивании в поясничной области отсутствует. Шума «плеска» нет. Печеночная тупость сохранена. Притупления в отлогих местах живота нет. Перистальтика кишечника «обычная». Ректальное исследование: болезненности нет. Нависание передней стенки кишки нет. Цвет кала на перчатке чёрный.

Перианальная область не изменена, патологических образований в прямой кишке на высоте пальца не определяется.

В приёмном отделении выполнены срочные дополнительные исследования:

1. Общий анализ крови (от 27.03.2019): тромбоцитопения — 73\*10 в 9/л.

2. Биохимический анализ крови (от 27.03.2019):

повышение АСТ (аспартатаминотрансфераза): 77.40 ед/л;

повышение АЛТ (аланинаминотрансфераза): 57.50 ед/л;

повышение мочевины крови: 17.00 ммоль/л; гипергликемия: 8.15 ммоль/л.

3. ЭГДС (Эзофагогастродуоденоскопия) (от 27.03.2019): Заключение: Состоявшееся кровотечение. Эрозивный эзофагит. Эрозивный гастрит. (контрольный осмотр на 27.03.2019 при рецидиве кровотечения).

4. ЭКГ (электрокардиография) (от 27.03.2019): Заключение: Ритм синусовый с ЧСС 87 в 1 минуту. АВ-проведение на верхней границы нормы. Дилатация правого предсердия. Признаки неполной блокады правой ножки пучка Гисса (синдром ранней реполяризаци желудочков).

Пациент госпитализирован по экстренным показаниям во второе хирургическое отделение в АОКБ с предварительным диагнозом: «Желудочно-кишечное кровотечение ? », «Синдром Меллори-Вейса ? ».

До начала курации в хирургическом отделении в АОКБ (27.03.2019) начато консервативное лечение. Анальгин по 2 мл\*1 раз в день, в/м, курс 10 дней (обезболивающая терапия); Глюкоза 5%-500 мл, 1 флакон в день, в/в, курс 10 дней (инфузионная терапия); Дротаверина гидрохлорид 2%-2 мл , 1 раз в день, в/м, курс 10 дней (спазмолитическая терапия); Хлорид натрия 0,9%-1000 мл, 1 флакон в день, в/в (инфузионная терапия); Омез 40 мг, 1 флакон утром, в/в (противоязвенная терапия); Этамзилат-Эском 125 мг/2 мл, по 1 ампуле утром и вечером, в/м ( гемостатическая терапия).

На фоне выше указанного лечения больной отмечает улучшение общего самочувствия, уменьшение интенсивности болевого синдрома.

На момент курации (27.03.2019): пациент предъявлял жалобы на слабость, умеренной интенсивности боли в эпигастральной области, боли тянущего характера, без иррадиации.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание: ясное. Кожный покров: бледно-розовой окраски, умеренной влажности, без первичных патоморфологических элементов. Температура тела 36,7 C. Дыхание везикулярное. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. АД 115/70 мм. рт.ст. на правой руке, АД 115/75 мм. рт.ст. на левой руке. Пульс 68 ударов в минуту. Язык розового цвета, влажный, без налета. Живот втянут, в акте дыхания участвует симметрично, не вздут, при пальпации незначительная болезненность в эпигастральной области. Напряжения передней брюшной стенки нет. Симптом Менделя, симптом Воскресенского, симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Грекова-Ортнера, симптом Мерфи, симптом Мюсси-Георгиевского – отрицательные. Пальпация в точках Кера, Дежардена, Мейо-Робсона – безболезненна. Размеры печени по Курлову: 9\*8\*8 см. Селезенка не пальпируется. Акт дефекации самостоятельный, безболезненный, регулярный с периодичностью 1-2 раза в день, кашицеобразный, чёрного цвета. Мочеиспускание свободное, безболезненное, регулярное. Моча соломенно-желтого цвета.

На момент курации (28.03.2019) пациент предъявлял жалобы на рвоту со сгустками крови, усилении боли в эпигастральной области. В связи с этим была проведена операция.

За период курации была выполнена операция: ЭГДС+комбинированный гемостаз (инъекционный, аргоноплазменная коагуляция).

За период курации были выполнены дополнительные методы исследования:

1) ЭГДС (Эзофагогастродуоденоскопия) (от 28.03.2019): Заключение: Язвенный дистальный эзофагит. Язвенный гастрит. Желудочно-кишечное кровотечение (Forrest 1А).

Клинический диагноз, установленный лечащим врачом: «Язвенный дистальный эзофагит». « Язвенный гастрит».

Продолжена консервативная терапия (выше указанного характера).

На момент окончания курации (29.03.2019). Жалоб пациент не предъявляет.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание: ясное. Кожный покров: бледно-розовой окраски, умеренной влажности, без первичных патоморфологических элементов. Дыхание везикулярное. ЧДД 20 в минуту. Пальпация регионарных лимфатических узлов безболезненна. Тоны сердца ясные ритмичные. АД 120/70 мм. рт.ст. на правой руке, АД 120/75 мм. рт.ст. на левой руке. Пульс 70 ударов в минуту. Язык розового цвета, влажный, без налета. Живот втянут, в акте дыхания участвует симметрично, не вздут, безболезненный. Напряжения передней брюшной стенки нет. Симптом Менделя, симптом Воскресенского, симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Грекова-Ортнера, симптом Мерфи, симптом Мюсси-Георгиевского – отрицательные. Пальпация в точках Кера, Дежардена, Мейо-Робсона – безболезненна. Размеры печени по Курлову: 9\*8\*8 см. Селезенка не пальпируется. Акт дефекации самостоятельный, безболезненный, регулярный с периодичностью 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета.

Динамика состояния за период курации на фоне проводимого консервативного и оперативного лечения положительная, обусловленная купированием болевого синдрома и отсутствие клинического проявления заболевания.

Пациент выписан (29.03.2019) из второго хирургического отделения АОКБ с заключительным диагнозом, установленным лечащим врачом: «Острый эрозивный эзофагит ».

Рекомендовано:

1. Продолжить лечение у хирурга в поликлинике по месту жительства, явка 1.04.2019 г.;

2. Омепразол 40 мг, по 1 капсуле 2 раза в день, за 30 минут до еды;

3. Соблюдение диеты (частое дробное питание, исключить жаренное, жирное, копчённое);

4. При спазмах и болях Но-Шпа по 1 таблетке 2-3 раза в день;

5. Консультация кардиолога в поликлинике по месту жительства в связи с изменениями на ЭКГ;

6. Контроль артериального давления утром и вечером.

Прогноз:

1. Относительно жизни — благоприятный.

2. Относительно исхода заболевания — улучшение.

3. Относительно трудоспособности — временно не трудоспособен.

Дата: 05.04.2019 Подпись: