ФИО:

Возраст:

Место жительства:

Место работы:

Занимаемая должность:

Кем направлен:

Дата и время поступления: 04.04.2004 г. 21.30

Поступил: в хирургическое отделение ГКБ №1, палата 434.

Переведён в отделение: 12.04.2004 г. в гастроэнтерологическое отделение.

Проведено койко-дней: хирургическое отделение 04.04.04 г. – 06.04.04 г.

 ПИТ 08.04.04 г. – 12.04.04 г.

Госпитализирован в стационар по экстренным показаниям.

Диагноз направившего учреждения: желудочно-кишечное кровотечение

Диагноз при поступлении: Синдром Маллори-Вейса осложнённый кровотечением. Постгеморрагическая анемия.

Диагноз клинический: Гастроэзофагальный рефлюкс. Синдром Маллори-Вейса осложнённый кровотечением от 03.04.04 г. острая язва верхней трети желудка диаметром 0,8 см, осложнённая кровотечением от 08.04.04 г. Острая постгеморрагическая анемия, средней степени тяжести.

Диагноз окончательный:

Основной: Гастроэзофагальный рефлюкс. Синдром Маллори-Вейса осложнённый кровотечением от 03.04.04 г. Острая язва желудка диаметром 0,8 см осложнённая кровотечением от 08.04.04 г. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

Жалобы при поступлении в стационар:

1. Изжога, усиливающаяся после приёма пищи, снимающаяся содой.
2. Рвота цвета кофейной гущи, после приёма алкоголя.
3. Чёрный стул, кашицеобразный с неприятным запахом.
4. Головокружение, слабость с потерей сознания.

Anamnesis morbi:

Изжога беспокоит в течение 20 лет. Возникает после приёма пищи, снимается приёмом соды. Состояние ухудшилось с 03.04.04 г. почувствовал слабость, недомогание, головокружение, чёрный стул, кашицеобразный с неприятным запахом. Но несмотря на это на следующий день (04.04.04 г.) пошёл на работу. После возвращения с работы, дома принимал гостей с которыми ужинал и употреблял алкоголь, после чего состояние ухудшилось. Возникла рвота цвета кофейной гущи с остатками пищи. Не придав этому большого значения решил поспать. После сна пошёл в туалет, где потерял сознание. Родственники вызвали скорую помощь. Больной был доставлен в приёмное отделение ГКБ №1, где был осмотрен дежурным хирургом. Экстренно сделали ФГДС, где был выявлен дефект слизистой оболочки желудка, осложнённый кровотечением. Сделали анализ крови на алкоголь, так как больной поступил в алкогольном опьянении. В крови был обнаружен алкоголь 1%. Затем больного перевели в ПИТ, где была произведена остановка кровотечения путём наложения клипс. Была проведена интенсивная терапия, включавшая в себя гемотрансфузию, солевые растворы, коллоидные растворы, кровозаменители, гемостатическая терапия.

06.04.04 г. состояние больного улучшилось, прекратилась рвота, исчезла изжога, слабость.

08.04.04 г. состояние больного вновь ухудшилось, стала нарастать слабость, появилось головокружение, опять появился чёрный стул. В связи с этим повторно было сделано ФГДС на которой была обнаружена в кардиальном отделе на большой кривизне желудка язва – диаметром 0,8 см осложнённая кровотечением. Больному эндоскопически было проведена остановка кровотечения с наложением клипс. Была продолжена гемотрансфузионная, гемостатическая терапия.

12.04.04 г. состояние больного улучшилось. Нормализовался стул, гемодинамика. Исчезли головокружения, слабость. Появилась положительная динамика анализов крови и ФГДС. Больной был переведён в гастроэнтерологическое отделение для дальнейшего лечения.

Anamnesis vitae:

Общие биографические сведения:

Родился и вырос в Краснодарском крае, п. Албека в благополучной семье. Материальные и бытовые условия в детстве были удовлетворительные. Окончил 10 классов средней школы, затем два года учился в ГПТУ. С 1967 года по 1969 год служил в рядах Советской Армии.

Трудовой анамнез:

Работать начал в возрасте 21 года токарем, затем с 1995 года и до настоящего времени ежедневно работает кочегаром в ночную смену.

Бытовой анамнез:

Живёт один, разведён, имеет пять детей. Проживает в частном доме с печным отоплением. Материальное положение удовлетворительное. Питание нерегулярное, неудовлетворительное.

Вредные привычки: курит с 17 лет, выкуривает одну пачку в день, сигареты без фильтра. Злоупотребляет алкоголем. Подробных сведений об употреблении алкоголя не даёт.

Семейный анамнез:

Сведений о состоянии здоровья родителей и близких родственников не имеет.

Перенесённые заболевания: в детстве корь, ОРВИ.

Status praesens objectivus:

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Походка правильная. Сознание ясное. Выражение лица спокойное. Конституционный тип по Черноруцкому – нормостенического типа.

Вес – 70 кг. Рост – 170 см.

Кожные покровы бледные, чистые, высыпаний нет. Умеренной влажности. Тургор кожи удовлетворительный. Видимые слизистые бледно-розовые. Волосы в удовлетворительном состоянии, ногти в виде «часовых стёкол». Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Толщина жировой складки на животе 2 см. видимых расширений вен, отёков нет.

Лимфатические узлы (затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые) не пальпируются, область их безболезненна.

Мышечная система:

Боли в мышцах, мышечной слабости, судорог нет. Степень развития мышц, тонус мышц нормальный. Сила мышц достаточная.

Костно-суставная система:

Форма позвоночника правильная. Физиологические изгибы сохранены. Объём активных и пассивных движений в шейном, грудном, поясничном отделах в полном объёме, безболезненны. При пальпации болезненных участков нет.

Боли, нарушения движений в суставах нет. Область суставов верхних и нижних конечностей видимо не изменена, обычной конфигурации, при пальпации безболезненна, активные и пассивные движения осуществляются в полном объёме.

Органы дыхания:

Дыхание через нос свободное, голос не изменён, пальпация придаточных полостей носа безболезненна.

Осмотр грудной клетки:

Форма грудной клетки правильная, симметричная. Тип грудной клетки – нормостенический. Надключичные и подключичные ямки выражены. Ширина межрёберных промежутков с обеих сторон равна 1,5 см. направление рёбер косое. Положение лопаток симметричное с обеих сторон. Лопатки не плотно прилегают к грудной клетке. Движение грудной клетки при дыхании равномерное с обеих сторон. Эпигастральный угол равен 90 градусам. Тип дыхания смешанный с преобладанием брюшного. Дыхание глубокое, ритмичное. Дыхательные экскурсии грудной клетки равномерные. ЧДД – 20 в минуту.

Пальпация грудной клетки:

Грудная клетка эластична при пальпации, безболезненна. Межрёберные промежутки эластичные при пальпации, безболезненные. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки (спереди, в аксилярных областях, сзади) проводится одинаково.

Окружность грудной клетки: в спокойном состоянии – 99 см

при глубоком вдохе – 101 см

при глубоком выдохе- 97 см

Дыхательная экскурсия грудной клетки – 4 см.

Перкуссия грудной клетки:

Данные сравнительной перкуссии – на симметричных участках грудной клетки (спереди, в аксилярных областях, сзади) ясный перкуторный звук одинаковой громкости.

Данные топографической перкуссии:

Спереди: справа над ключицей – 4 см, слева над ключицей – 3 см.

Сзади: на 1 см выше остистого отростка IIV шейного позвонка.

Ширина полей Кренига: справа – 6 см, слева – 5 см.

Определение нижних границ легких в вертикальном положении:

Топографические линии правое лёгкое левое лёгкое

l. parasternalis V м/р IV м/р

l. clavicularis media VI м/р V м/р

l. axillaris anterior VII м/р VII м/р

l. axillaris media VIII м/р VIII м/р

l. axillaris posterior IX м/р IX м/р

l. scapularis X м/р Х м/р

l. paravertebralis XI ребро XI ребро

Подвижность нижних лёгочных краёв по лопаточной линии – справа – 6 см, слева – 7 см.

Аускультация лёгких:

На симметричных участках грудной клетки спереди, в аксиллярных областях и сзади выслушивается везикулярное дыхание одинаковой громкости. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки спереди, в аксиллярных областях, сзади проводится одинаково.

Сердечно-сосудистая система:

Жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы не предьявляет.

Осмотр области сердца:

Область сердца видимо не изменена. Верхушечный толчок виден в V межреберье кнутри от среднеключичной линии, ограниченный, умеренной высоты. Сердечный толчок у левого края грудины не виден. При пальпации верхушечный толчок пальпируется в V межреберьи кнутри от среднеключичной линии, площадью 2 куб. см, умеренной силы. Наружный сердечный толчок у левого края грудины не пальпируется.

Синдром дрожания на верхушке сердца, во II межреберьи у правого и левого края грудины, у мечевидного отростка не определяется.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая граница – в IV межреберьи на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая граница – V межреберье по среднеключичной линии.

Верхняя граница – по левой парастернальной линии в III межреберье.

Сосудистый пучок во II межреберье шириной 5 см. Справа и слева границы не выходят за края грудины.

Конфигурация сердца правильная.

Размеры относительной сердечной тупости по Курлову-Плавинскому:

Правый поперечный размер - 3 см.

Левый поперечный размер – 7 см.

Общий поперечный размер 3+7=10 см.

Формула Плавинского 170:10-3=14 см. 170:10-4=13 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая граница – IV межреберье у левого края грудины.

Левая граница – V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Верхняя граница – IV межреберье парастернальная линия у грудины.

Аускультация:

На верхушке сердца ритм правильный. ЧСС – 72 удара.

На верхушке сердца выслушивается два тона. I тон громче, чем II тон.

На аорте и легочной артерии II тон ослаблен.

У мечевидного отростка тоны приглушены, одинаковой громкости.

В точке Боткина-Эрба II тон ослаблен.

Исследование сосудов:

Сосуды шеи не изменены, видимой пульсации ярёмных вен и сонных артерии нет. Пульс на обеих руках одинакового наполнения, сосудистая стенка эластичная. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, удовлетворительного напряжения.

Пульс на a. dorsalis pedis обеих ног одинакового наполнения. Сосудистая стенка эластичная. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, удовлетворительного напряжения.

 Ад на обеих руках 120/80 мм. рт. ст.

Варикозного расширения вен на нижних конечностях нет.

Органы пищеварения:

Глотание свободное. Аппетит сохранен, хороший. Стул ежедневный, 1 раз в сутки.

Осмотр полости рта:

Видимые слизистые полости рта бледно-розовые, обычной влажности, язык чистый, влажный, сосочки сглажены, зубы не санированы.

Осмотр живота:

Живот овальной формы. Толщина складки на животе 2 см, живот симметричный, принимает активное участие в акте дыхания, видимых грыжевых выпячиваний нет, послеоперационных рубцов нет. Видимой перистальтики желудка и кишечника нет. Вены наружной брюшной стенки не видны.

Поверхностная пальпация живота:

 При поверхностной пальпации живота в собственно эпигастральной области болезненность, определяется дефанс мускулатуры. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. На других участках отдела передней брюшной стенки живот мягкий безболезненный. В эпигастральной области пальпируется липома, размером 2х2 см, эластичная, безболезненная. Грыжевых выпячиваний в области белой линии живота нет. Пупочное кольцо не расширено.

Глубокая скользящая методическая пальпация по Образцову-Стражеско:

В левой подвздошной области пальпируется сигмовмдная кишка в виде цилиндра диаметром 2 см. при пальпации эластичная, безболезненная.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде тяжа диаметром 1 см. эластичная безболезненная.

В точке Мак-Бурнея червеобразный отросток не пальпируется, область его безболезненная.

Терминальный отдел подвздошной кишки не пальпируется, безболезненный.

Методом аускультофрикции определена нижняя граница желудка на 3 см выше пупка.

Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 1 см выше пупка.

Справа пальпируется печёночный угол в виде эластичной трубки диаметром 2 см, безболезненная.

Слева на 1 см выше пупка селезёночный угол не пальпируется, его область безболезненна.

В правой боковой области пальпируется восходящий отдел толстой кишки в виде трубки диаметром 2 см. кишка эластичная, безболезненная.

В левой боковой области пальпируется нисходящий отдел толстой кишки в виде трубки диаметром 2 см. кишка эластичная, безболезненная.

12-ти перстная кишка на 1 см выше и левее пупка, не пальпируется. Её область безболезненная.

На 3 см выше пупка при пальпации большой кривизны желудка выявляется болезненность и дефанс мускулатуры.

При пальпации привратника выявляется болезненность и дефанс мускулатуры.

При пальпации тела желудка болезненность и дефанс мускулатуры. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

Поджелудочная железа:

В местах проекции поджелудочной железы в зоне Шоффара – место проекции головки поджелудочной железы, слева от пупка, область её безболезненна.

В зоне Губергрица – (место проекции тела поджелудочной железы) область ее безболезненна.

В зоне Мейо-Робсона, место проекции хвоста поджелудочной железы, в реберно-диафрагмальном угле, область её безболезненна.

При перкуссии живота определяется тимпанический перкуторный звук, разной громкости.

Аускультативно выслушиваются редкие кишечные шумы.

Печень:

Область печени видимо не изменена.

Границы печёночной тупости:

1-я точка – в V межреберье по правой среднеключичной линии.

2-я точка – по средне-ключичной линии на 2 см ниже реберной дуги.

3-я точка – по передней срединной линии в V межреберье.

4-я точка – по передней срединной линии середина расстояния между мечевидным отростком и пупком.

5-я точка – по краю левой реберной дуги кнутри от левой средне-ключичной линии.

Размеры печени по Курлову:

По средне-ключичной линии вертикальный размер – 14 см.

По передней срединной линии второй вертикальный размер – 11 см.

По краю левой реберной дуги косой размер – 9 см.

При глубокой бимануальной пальпации печени, печень выходит из под края реберной дуги на 2 см по средне-ключичной линии. Край печени заострён, эластичной консистенции, поверхность её ровная, гладкая, безболезненная.

Желчный пузырь в точке Роже не пальпируется, область его безболезненна. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, френикус симптом отрицательны.

Селезёнка:

Левая подребёрная область видимо не изменена. В положении на правом боку границы селезёночной тупости по задней подмышечной линии: верхняя граница – IX межреберье, нижняя граница – XI межреберье, передняя граница не выходит за переднюю подмышечную линию.

При глубокой бимануальной пальпации селезёнка не пальпируется. Область левого подреберья безболезненна.

Мочеполовая система:

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Суточный диурез соответствует количеству выпитой жидкости.

Область почек видимо не изменена. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. При глубокой бимануальной пальпации в положении лёжа почки не пальпируются, область их безболезненна.

Верхняя и нижняя точки мочеточников не пальпируются, область их безболезненна. Пальпация в надлобковой области безболезненна, мочевой пузырь не пальпируется.

Эндокринная система:

Область шеи видимо не изменена. Щитовидная железа не пальпируется, пальпация её безболезненна.

Нервная система и органы чувств:

Лицо симметричное. Нарушения чувствительности, вкуса, обоняния, слуха нет. Зрение нормальное. Реакция зрачков на свет положительная. Речь сохранена. Походка обычная. Объём и сила движений в конечностях достаточная. Красный дермографизм. Оволосение по мужскому типу. Сон нормальный. Память, внимание сохранены.

Предварительный диагноз:

Язвенная болезнь желудка, осложнённая кровотечением от 03.04.04 г. Гастроэзофагальный рефлюкс.

Диагноз поставлен на основании следующих данных:

Жалобы: изжога, усиливающаяся после приёма пищи, снимающаяся содой. Рвота цвета кофейной гущи, после приёма алкоголя. Чёрный стул, кашицеобразный с неприятным запахом. Головокружение, слабость, с потерей сознания.

Считает себя больным с 03.04.04 г., когда почувствовал слабость, недомогание, головокружение, чёрный стул, кашицеобразный с неприятным запахом. Несмотря на это на следующий день 04.04.04 г. пошёл на работу. После возвращения с работы домой, принимал гостей с которыми ужинал и употреблял алкоголь. После этого состояние ухудшилось, возникла рвота цвета кофейной гущи с остатками пищи. Несмотря на это лёг спать. Ночью пошлё в туалет, где потерял сознание. Родственники вызвали скорую помощь. Больной был доставлен в приемное отделение ГКБ №1, где был осмотрен дежурным хирургом. Была назначена экстренно ЭГДС. Был выявлен дефект слизистой желудка осложнённый кровотечением. Сделали анализ крови на алкоголь, так как больной поступил в алкогольном опьянении. В крови был обнаружен алкоголь 1%. Затем больного перевели в ПИТ, где была произведена остановка кровотечения путём наложения клипс. Была проведена интенсивная терапия, включавшая в себя гемотрансфузию, солевые растворы, коллоидные растворы, кровозаменители, гемостатическая терапия.

06.04.04 г. состояние больного улучшилось, прекратилась рвота, исчезла изжога, слабость.

08.04.04 г. состояние больного вновь ухудшилось, стала нарастать слабость, появилось головокружение, опять появился чёрный стул. В связи с этим повторно было сделано ФГДС на которой была обнаружена в кардиальном отделе на большой кривизне желудка язва – диаметром 0,8 см осложнённая кровотечением. Больному эндоскопически было проведена остановка кровотечения с наложением клипс. Была продолжена гемотрансфузионная, гемостатическая терапия.

12.04.04 г. состояние больного улучшилось. Нормализовался стул, гемодинамика. Исчезли головокружения, слабость. Появилась положительная динамика анализов крови и ФГДС. Больной был переведён в гастроэнтерологическое отделение для дальнейшего лечения.

Больной проживает один, питается нерегулярно. Злоупотребляет алкоголем.

Объективные данные: Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Походка правильная. Сознание ясное. Выражение лица спокойное. Конституционный тип по Черноруцкому – нормостенического типа.

Кожные покровы бледные, чистые, высыпаний нет. Умеренной влажности. Тургор кожи удовлетворительный. Видимые слизистые бледно-розовые обычной влажности, язык чистый, влажный, сосочки сглажены, зубы не санированы.

Живот овальной формы. Толщина складки на животе 2 см, живот симметричный, принимает активное участие в акте дыхания.

При поверхностной пальпации в эпигастральной области болезненность,дефанс мускулатуры. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

1. Клинические лабораторные методы исследования:
2. ОАК для диагностики скрытого кровотечения.
3. кал на скрытую кровь 3-х кратно.
4. фракционное зондирование желудка с целью определения кислотообразующей, эвакуаторной и секреторной функций желудка.
5. желудочная рН – метрия (для определения кислотообразующей функции желудка).
6. Инструментальные методы исследования:
7. ЭГДС с прицельной биопсией слизистой желудка и определения Helicobacter pilori.
8. Rg-скопия пищевода, желудка, 12-ти пёрстной кишки с прицельной Rg-графией.

Дневник

За время пребывания в ГЭО состояние больного улучшилось. Исчезла изжога, головокружение, слабость, недомогание. Аппетит удовлетворительный. Общее состояние удовлетворительное. Положение активное, сознание ясное.

Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. В области щёк гиперемия и расширение капилляров.

Видимые слизистые розовые. Язык чистый, влажный.

В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, соотношение громкости тонов нормальное. ЧСС- 69. АД- 125/75.

Живот овальной формы, живот симметричный, принимает активное участие в акте дыхания. При поверхностной пальпации в эпигастральной области болезненность и дефанс мускулатуры не определяются.

 Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул ежедневный, коричневого цвета.

Результаты проведённых исследований:

Клиническая лабораторная диагностика:

ОАК

04.04.04 г. Эр-2.8, Нb-80 г/л, Ht - 27/73, СОЭ - 17 мм/ч.

05.04.04 г. Эр-2,6, Hb-80 г/л, Ht-27/73, СОЭ – 17 мм/ч.

06.04.04 г. Эр-2,5, Hb-75 г/л, Ht-21/79.

08.04.04 г. Эр-1.8, Hb-58 г/л, Ht-21/79, СОЭ-45 мм/ч.

09.04.04 г. Эр-3,6, Hb-108 г/л, Ht-37/63.

04.04.04 г. Кал на я/г – отрицательный.

04.04.04 г. реакция на скрытую кровь – положительная.

ОАМ

8.04.04 г. 150 мл, с/ж, прозр, уд. вес – 1030, белка нет, плоский эпителий – 4-5, эр – 2-3 в поле зрения, L- 2-3 в поле зрения.

15.04.04 г. 150 мл, с/ж, прозр, уд. вес – 1010, белка нет, Эр – 1-2 в поле зрения, L – 3-4 в поле зрения.

04.04.04 г. – алкоголь в крови 1%.

Биохимические методы исследования:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 04.04.04г. | 05.04.04 г. | 06.04.04 г. | 08.04.04 г. | 09.04.04 г. | 15.04.04 г. |
| Глюкоза | 4,5 мм/л | 7 мм/л | 4,9 мм/л | 5 мм/л | 4,4 мм/л | 4 мм/л |
| Общий билирубин | 10,5 мкм/л | 10,3 мкм/л | 21,4 мкм/л | 60 мкм/л | 9,4 мкм/л | 8,1 мкм/л |
| Амилаза | 28,2 г/л | 15,0 г/л | 26,1 г/л |  |  |  |
| Мочевина |  | 15,9 мм/л | 8,1 мм/л | 13,2 мм/л | 6,5 мм/л |  |
| Диастаза |  |  |  | 53 г/л | 44 г/л |  |
| К | 4,7 мм/л | 4,1 мм/л | 3,6 мм/л | 3,6 мм/л | 2,8 мм/л | 3,9 мм/л |
| Na | 146 г | 140 г | 135 г | 137 г | 130 г | 138 г |

15.04.04 г.

Fe – 3 мкм/л.

АЛТ – 24,8

АСТ – 28,2

Ca – 1,7 мкм/л

Щелочная фосфатаза – 214 г/л.

Инструментальные методы диагностики:

ФГДС от 04.04.04 г. Первичная диагностика по cito!

Направлен с диагнозом: желудочное кровотечение.

Пищевод свободно проходим. В просвете желудка большое количество пищи с примесью старой крови.

Заключение: Желудочное кровотечение неясного генеза.

ФГДС 23.00 после промывания желудка.

Пищевод свободно проходим. правильной формы, слизистые бледно-розовые. В нижней трети в пищевода и в кардии видны два дефекта слизистой линейной формы – размерами 0,7-0,9 см в длину и 0,1 см в глубину. У проксимального края одного из дефектов на правой боковой стенке определяется тромбированный сосуд до 0,1 см в диаметре – произведено обкалывание адреналином 1:10000 – 10,0 мл. Кардия зияет, проходима. Желудок расправляется воздухом, перистальтирует. В просвете видна пища с примесью старой крови. слизистая желудка бледная. Привратниковый отдел проходим. луковица 12-ти перстной кишки не деформирована.

Заключение: Синдром Меллори-Вейса I степени, осложнённый кровотечением, остановленным по скопии. Риск рецидива Форрест IIа. Анемизация слизистой.

ФГДС от 05.04.04 г. 6.30

В верхней трети желудка на передней стенке ближе к большой кривизне определяется рыхлый сгусток крови алого цвета до 2,5 см в диаметре. Произведено обкалывание адреналином слизистой 1:10000 – 10 мл. сгусток крови отмыт физ. раствором, выявлен дефект слизистой, поверхностный до 0,8 см в диаметре. В центре дефекта сосуд до 0,2 см, из которого определяется поступление крови малой степени интенсивности. Наложено 4 клипсы, произведена диатермокоагуляция слизистой вокруг дефекта, орошение 4% раствором феррокрина (30 мл) – кровотечение остановлено.

Заключение: Острая язва верхней трети желудка, осложненная кровотечением Форрест I. Эндоскопический гемостаз. Синдром Меллори-Вейса без признаков рецидива кровотечения. Риск рецидива Форрест IIб. Анемизация слизистой.

ФГДС от 08.04.04 г. 2.35

Слизистая желудка на видимых участках бледная, анемичная. На передней стенке верхней трети тела желудка определяется поверхностный дефект слизистой до 0,9 см в диаметре. В центре дефекта 3 клипсы. Во время скопии из области дефекта определяется поступление крови, малой степени интенсивности. Наложено 3 клипсы, кровотечение остановлено. В просвете 12-ти перстной кишки сгустки крови.

Заключение: Острая язва верхней трети тела желудка, осложнённая рецидивом кровотечения. Форрест Iб. Эндоскопический гемостаз.

ФГДС от 09.04.04 г.

Заключение: Острая язва верхней трети тела желудка – без признаков рецидива кровотечения на момент осмотра.

УЗИ от 09.04.04 г.

Печень увеличена, не однородная. Протоки, сосуды селезёнки в норме. Очагов нет. Желчный пузырь 70х20 мм, чистый, стенка толщиной 2 мм. Отёка нет, выпота нет. Поджелудочная железа, умеренно-неоднородная, гиперэхогенная.

Заключение: Хронический панкреатит.

ЭКГ от 05.04.04 г.

R2>R3>R1 RR=0,8 PQ=0,16 QRS=0,1 P=0,10 QT=0,34 RV5=SV5 TV2-6(+) ↓

Синусовый ритм с ЧСС 75. электрическая ось сердца с тенденцией вправо, желудочковая экстрасистола. Умеренные диффузные изменения процессов реполяризации миокарда.

ЭКГ от 08.04.04 г.

RR=0,95 ↑(+) TV2-6

Синусовый ритм с ЧСС 62. по сравнению с ЭКГ от 05.04.04 г. не зарегистрировано экстрасистолы, улучшились процессы реполяризации миокарда. Исчезает синдром ранней реполяризации желудочков.