Фамилия, имя, отчество: x

 Возраст: 32 года

 Пол: мужской

 Национальность: русский

 Образование: среднее

 Домашний адрес: г. Саратов

 Профессия: слесарь-механик

 Выполняемая работа и должность: слесарь-механик

 Дата поступления: 30 марта 1996 года 5 часов 50 минут

 Диагноз направившего учреждения: Желудочно-кишечное кровотечение

 Диагноз при поступлении: Желудочно-кишечное кровотечение

 Клинический диагноз: Острая язва 12-перстной кишки.

 Желудочно-кишечное кровотечение.

 Осложнения заболевания: Постгеморрагическая анемия

 ЖАЛОБЫ

 На день курации больной жалоб не имел. При поступлении больной

 жаловался на рвоту кровью, головокружение, общую слабость вплоть до

 потери сознания, однократный черный стул.

 АNAMNESIS MORBI

 Больным считает себя с 27 марта 1996 года, когда впервые появились

 головокружение, слабость, рвота кровью, больной потерял сознание на

 работе и был отправлен домой. По поводу данных жалоб ко врачам не

 обращался. Отмечает, что в течении месяца вплоть до возникновения

 настоящих жалоб ежедненвно употреблял алкоголь.

 В последующие дни рвота кровью неоднократно повторялась, однократно

 был стул черного цвета. Больной несколько раз терял сознание.

 Ночью 30 марта после обильной рвоты кровью ощутил резкую слабость и

 потерял сознание, после чего родственниками была вызвана машина

 "Скорой помощи", на которой в 5.50 больной доставлен в 13-е

 отделение 2-й горбольницы с диагнозом желудочно-кишечное

 кровотечение. Здесь больному был поставлен предварительный диагноз:

 Цирроз печени. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода.

 Постгеморрагическая анемия.

 Больной был в тяжелом состоянии: AD 100/80, пульс до 100 в мин.

 Отмечалась выраженная анемия, панцитопения.

 Было произведено переливание 250 мл крови 2 группы Rh+ с

 гемостатической и заместитетльной целью. Также были произведены

 консервативные мероприятия по остановке внутреннего кровотечения:

 хлорид кальция,викасол, аминокапроновая кислота.

 ФГС сделать не удалось - в 11.30 того же дня наступил коллапс с

 кратковременной потерей сознания.

 После осмотра профессором Кабановым Н.Я. диагнозом был изменен на:

 Кровотечение из острой язвы 12-перстной кишки, что подтвердилось на

 сделанной впоследствии ЭГС.

 Язвенного анамнеза у больного нет, однако боли в эпигастарльной

 области беспокоят длительное время( с 1981 года).

 В дальнейшем, в связи с проводимым лечением состояние больного

 улучшилось, состав крови восстанавливается и на день курации

 соответствует нижней границе нормы.

 ANAMNESIS VITAE

 Родился в Саратове в 1964 году в семье рабочего. Рос и развивался

 нормально. В физическом и психическом развитии не отставал от

 сверстников.В школу пошел в 7 лет. Учился удовлетворительно. По

 окончании школы работал слесарем, водителем грузового автомобиля( в

 течение 10 лет). В данный момент работает слесарем-механиком на

 СТО. В 7 лет перенес пневмонию, также отмечает частые бронхиты.

 Больной отмечает, что часто употребляет острую и соленую пищу,

 злостный курильщик ( 1-1.5 пачки в день) в течение последних 15 лет.

 Злоупотребляет алкоголем.

 Отмечает наличие у матери патологии ЖКТ ( не знает точно какой).

 Лекарственной непереносимости не отмечается.

 Туберкулез, психические и венерические заболевания у себя и

 родственников отрицает.

 Status praesens universalis

 При общем осмотре:

 Состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание

 ясное,выражение лица и глаз доброжелательное.

 Телосложение правильное.

 При осмотре кожных покровов кожа бледная, сухая, теплая наощупь,

 пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет, кровоизлияний,

 сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохранен. При осмотре видимые

 слизистые оболочки розовые,кровоизлияний,изъязвлений, корочек нет.

 Тип оволосения мужской, волосы густые, каштановые, блестящие.

 Пальцы и ногти обычной формы,"барабанных палочек" и "часовых стекол"

 нет, ногти на руках и ногах блестящие, ровные , исчерченности и

 ломкости ногтей нет.

 При пальпации нижнечелюстные, шейные,надключичные, подключичные,

 подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание

 достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно,

 толщинна 1 см, распределена равномерно,отеков нет.

 Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации,

 активных и пассивных движениях безболезненны.

 Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и

 покалачивании безболезненны.

 В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении

 нет.

 Состояние по органам и функциональным системам

 Система дыхания

 Грудная клетка астенической формы, западений, выбуханий нет,

 имеется левосторонний скалеоз грудного отдела позвоночника,

 надключичные и подключичные ямки западают, левая ключица и левая

 лопатка выше соответственно правой ключицы и правой лопатки.

 Эпигастральный угол меньше 90 градусов.

 Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней

 глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту.

 Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

 Одышки, удушья видимых на глаз нет.

 Ребра идут косо вниз, межреберные промежутки достаточной ширины.

 При пальпации данные осмотра определения эпигастрального угла,

 равномерное участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания

 подтверждены, ребра идут косо вниз, межреберные промежутки

 нормальной ширины.

 При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и

 точной пальпации безболезненна.

 Ощущения шума трения плевры нет.

 Голосовое дрожание равномерно проводится на симметричные участки

 обеих половин грудной клетки.

 При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется

 ясный легочный звук.

 При топографической перкуссии высота стояния верхушек легких над

 ключицами справа и слева 3 см. Поля Кренига справа и слева 5,5 см.

 Нижняя граница и подвижность нижних краев правого и левого легкого

 в норме.

 При аускультации над всеми легочными полями выслушивается

 везикулярное дыхание в фазу вдоха, нормальной силы.

 Над гортанью, трахеей и в области рукоятким грудины в фазу выдоха

 выслушивается бронхиальное дыхание нормальной силы.

 При аускультации над всеми легочными полями хрипов, крепитации, шума

 трения плевры нет.

 Система кровообращения

 При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб

 отсутствует, верхушечный толчок не виден.

 При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок

 определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнутри от левой

 средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы,

 резистентный, ограниченный, площадь 1 см.

 При пальпации определяется легкая пульсация аорты во 2-м межреберье

 справа от грудины и в яремной ямке.

 Пульсация легочного ствола отсутствует.

 Синдром "кошачьего мурлыканья" на верхушке и "систолического

 дрожания" над аортой отсутствуют.

 При перкуссии границы относительной сердечной тупости:

 правая - в 4 межреберье на 1 см правее правого края грудины,

 верхняя - в 3 межреберье слева от грудины,

 левая - на 1.5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

 Поперчник относительной сердечной тупости - 12 см

 Талия сердца сохранена.

 Сосудистый пучок справа и слева не выступает из-зи грудины.

 Поперчник сосудистого пучка - 5 см.

 При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости:

 правая - у левого края грудины,

 верхняя - в 4-м межреберье

 левая - на 2 см кнутри от левой границы относительной сердечной

 тупости.

 При аускультации сердца тоны ритмичные, ясные,ослабления,усиления

 или раздвоенпия тонов нет, шумы отсутствуют, шума трения

 перикарда нет.

 При пальпации сосудов шеи, височных, в надчревной области

 извилистости, набухания, узловатости нет,"симптом червя"

 отсутствует.

 При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках,

 одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 74 удара в минуту,

 нормальный по наполнению,напряжению и величине, обычный по форме.

 При измерении артериальное давление 120/70.

 Система пищеварения и органы брюшной полости

 Смотри Status localis

 Моче-половые органы

 При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет.

 При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен.

 При поверхностной пальпации болезненность не определяется.

 При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско почки не

 пальпируются.

 Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

 Нервная система

 Больной сдержан, к окружающему миру относится с интересом,

 способность сосредоточения сохранена, общителен, ориентируется во

 времени и пространстве,не страдает бессоницей,, головокружений,

 обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет.

 Патологических рефлексов нет.

 Болевая и температурная чувствительность сохранены.

 Зрение, слух, обоняние в норме.

 Нарушений вкуса нет.

 STATUS LOCALIS

 При осмотре губы розовые,сухие, изъязвлений, трещин,

 высыпаний нет.

 При осмотре полости рта слизистые розового цвета,язвочек нет, запах

 изо рта отсутствует.

 Яэык розовый, влажный, необложенный, сосочки языка выражены

 умеренно. Трещин, язв, отпечатков зубов по краям, дрожания и

 девиации высунутого языка нет. В ротовой полости имеются кариозные

 и пломбированные зубы. Десны розовые, набухлости, кровоточивости,

 разрыхленности, язв нет. Слизистая глотки розовая, миндалины не

 выступают из-за небных дужек. Глотание свободное, безболезненное.

 При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не

 вздут,выпячиваний, западений,видимой пульсации, перистальтики нет.

 Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в

 околопупочной области нет.

 Кожа живота чистая, рубцов нет.

 Живот участвует в акте дыхания.

 При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий,

 безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет.

 При глубокой скользящей методической пальпации по Обрзцову-Стражеско

 в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка:

 безболезненная,плотно-эластической консистенции, с ровной

 поверхностью, не урчит, малоподвижна, диаметр 1,5 см;

 в правой подвздошной области определяется слепая кишка:

 безболезненная, мягкой консистенции, слегка урчит, подвижна,

 диаметром 3 см.

 Методом аускультофрикции нижняя граница желудка на 1,5 см выше

 пупка, на 2 см ниже нее пальпируется поперечно-ободочная кишка,

 которая при глубокой пальпации безболезненна, мягкой консистенции,

 подвижная, 4 см в диаметре.

 Большая кривизна желудка пальпируется в виде ровного, гладкого,

 безболезненного валика на 2 см выше пупка.

 При глубокой скользящей методической пальпации по

 Образцову-Стражеско по правой среднеключичной линии нижний край

 печени выступает на 6 см из-под нижней реберной дуги.

 Размеры печени по Курлову:

 по правой среднеключичной линии - 14,5 см

 по правой окологрудинной линии - 11 см

 по правой реберной дуге - 9 см

 При пальпации пузырная точка, эпигастральная зона,

 холедо-панкреатическая зона, точка диафрагмального нерва,

 акромиальная точка, точка лопаточного угла, позвоночная точка

 безболезненны.

 При перкуссии живота укорочения перкуторного звука нет.

 Симптом волны, симптом Менделя, симптом Щеткина-Блюмберга

 отрицательны.

 Видимого на глаз увелечения селезенки нет.

 При ориентировочной перкуссии по передней брюшной стенке слева

 укорочения перкуторного звука нет.

 При пальпации селезенка не определяется.

 При топографической перкуссии селезенка занимает область 9,10,11

 ребер.

 Результаты лабораторных и инструментальных исследований

 ЭГС: (от 1.04.96)

 Пищевод свободно проходим. Кардиальный жом функционирует нормально.

 В желудке пусто. Он хорошо расправляется воздухом. Складки слизистой

 в норме. Привратник без патологии.

 Слизистая 12-перстной кишки отечная, гиперемирована.

 На задне-медиальной стенке в 1.5-2 см от привратника острая язва до

 0.3 см в диаметре.

 Заключение: Язва 12-перстной кишки. Кровотечения в момент осмотра

 нет.

 Анализ крови: (от 2.04.96)

 Гемоглобин 6.0 г/дл

 Эритроциты 1.9\*10^6

 Белые кровяные клетки 3.4\*10^3 из них:

 Лимфоциты 1.0\*10^3

 Гранулоциты 1.8\*10^3

 Другие 0.6\*10^3

 СОЭ - 22 мм/ч

 Билирубин крови: (2.04.96)

 Общий билирубин 3.4

 Прямого билирубина нет.

 Сулемовая проба отрицательна.

 Мочевина крови: (2.04.96)

 Мочевина 4.1 ммоль/л

 Анализ мочи: (2.04.96)

 Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, без запаха, удельный вес

 1015. Белок 0.13 г/л. Сахара,крови,желчных пигментов нет.

 ЭКГ: (2.04.96)

 Ритм синусовый. Изменений желудочкового комплекса нет. Имеется

 синусовая тахикардия до 100 в мин.

 Анализ крови: (10.04.96)

 Гемоглобин 130.5 г/л

 Эритроциты 3.9\*10^9

 Лейкоциты 4.1\*10^9

 Лимфоциты 1.2\*10^9

 Цветовой показатель 0.95

 СОЭ - 12 мм/ч

 ЭГС: (10.04.96)

 В пищеводе патологии нет. Кардиальный жом функционирует нормально.

 Желудок расправляется и удаляет воздух хорошо. Перистальтика

 активная. Количество слизи в желудке умеренное. Крови, желчи нет.

 Складки желудка рельефны. Слизистая желудка умеренно гиперемирована,

 в антральном отделе яркогиперемирована. Язв и атрофии нет.

 Эрозии, полипов нет. Подслизистых кровоизлияний нет.

 Привратник без патологии, проходим. Восходяще-горизонтальный отдел

 12-перстной кишки без патологии. Слизистая гиперемирована, отечная.

 Эрозии, язв нет.

 Заключение: Поверхностный гастродуоденит.

 ДИАГНОЗ

 Острая язва 12-перстной кишки. Желудочно-кишечное кровотечение.

 Осложнения: Постгеморрагическая анемия.

 ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

 Диагноз основывается на:

 ЖАЛОБАХ больного при поступлении на рвоту кровью, головокружение,

 слабость вплоть до потери сознания, однократный черный стул.

 Данных ANAMNESIS MORBI о том, что больным себя считает с 27 марта

 1996 года, когда впервые была рвота кровью, после чего больной

 почуствовал резкую слабость и потерял сознание. После этого в

 течении 3-х дней рвота повторялась неоднократно, был однократный

 черный стул, отмечались головокружение, общая слабость, потери

 сознания. После обильной рвоты кровью ночью 30 марта потерял

 сознание и был доставлен машиной "Скорой помощи" в 13-е отделение

 2-й горбольницы с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение, что

 подтвердилось на сделанной впоследствии ЭГС. Было произведено

 переливание 250 мл крови и консервативные мероприятия по остановке

 внутреннего кровотечения. Состояние больного постоянно улучшается.

 Объективных данных: бледность кожных покровов

 При глубокой скользящей методической пальпации по

 Образцову-Стражеско по правой среднеключичной линии нижний край

 печени выступает на 6 см из-под нижней реберной дуги.

 Размеры печени по Курлову:

 по правой среднеключичной линии - 14,5 см

 по правой окологрудинной линии - 11 см

 по правой реберной дуге - 9 см

 Инструментальных методов исследования:

 Заключение ЭГС от 1.04.96:Язва 12-перстной кишки. Кровотечения в

 момент осмотра нет.

 В анализе крови от 2.04.96: Анемия, панцитопения, СОЭ увеличено до

 22 мм/ч

 ЭКГ от 2.04.96:Синусовая тахикардия до 100 в мин.

 В анализе крови от 10.04.96: Содержание гемоглобина, эритроцитов,

 лейкоцитов, лимфоцитов соответствует нижней границе нормы.

 СОЭ - 12 мм/ч, цветовой показатель в норме.

 Заключение ЭГС от 10.04.96: Поверхностный гастродуоденит.

 ЛЕЧЕНИЕ

 Режим общий. Стол N 1А

 Рекомендуется консервативное лечение внутреннего кровотечнеия:

 Викасол, кальция хлорид, кислота аминокапроновая.

 Переливание крови с заместительной целью.

 ЭПИКРИЗ

 Больной поступил в 13-е отделение 2-й горбольницы на машине "Скорой

 помощи" 30 марта 1996 года с жалобами на неоднократную рвоту кровью,

 однократный черный стул, головокружение, общую слабость вплоть до

 потери сознания, данные жалобы больной отмечает с 27 марта 1996

 года, но до этого ко врачам не обращался. Был поставлен диагноз

 желудочно-кишечное кровотечение. Было произведено переливание 250 мл

 крови с кровоостанавливающей и заместительной целью, консервативное

 лечение для остановки внутреннего кровотечения. Состояние больного

 улушилось.

 Диагноз:Острая язва 12-перстной кишки. Желудочно-кишечное

 кровотечение.

 Осложенения:Постгеморрагическая анемия.

 Диагноз основывается на жалобах больного, данных anamnesis morbi,

 объективных данных, а также на основании лабороторных и

 инструментальных исследований.

 ПРОГНОЗ ДЛЯ ЖИЗНИ И РАБОТЫ благоприятный, так как в результате

 проведенной гемостатической и консервативной терапии кровотечение

 остановлено, но в случае несоблюдения режима или диеты возможны

 рецидивы.

 СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

 1)Лекции по общей хирургии под редакцией профессора Кабанова Н.Я.

 2)Общая хирургия под редакцией Стручкова В.И.

 3)Общая хирургия под редакцией Гостищева В.К.

 4)Практикум по общей хирургией под редакцикй Гостищева В.К.