## Паспортная часть

ФИО: - ------------

Возраст: - ------------

Место работы: пенсионерка

Место жительства: ------------------

Дата и час поступления:

Кем направлен: ЦРБ.

Предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение.

Клинический диагноз: Злокачественное новообразование желудка блюдцеобразная опухоль антрума F-IIC.

## Жалобы

При поступлении больная предъявляла жалобы на слабость, головокружение, тошноту, рвоту кофейной гущей, стул тёмного цвета.

## История развития заболевания (Anamnesis morbi).

27.10.08. после очередного приёма пищи больная почувствовала интенсивную боль в эпигастральной области, через несколько часов интенсивность боли уменьшилась, но появилась рвота в виде кофейной гущи, черный дегтеобразный стул. В течение 2 суток к врачу не обращалась. 29.10.08. бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в ЦРБ с клиникой состоявшегося кровотечения. На фоне стабильной гемодинамики больная 29.10.08 в 10: 20 переведена в Пензенскую Областную Клиническую больницу имени Н.Н. Бурденко для дальнейшего лечения в хирургическое отделение №2.

## История жизни (Anamnesis Vitae).

Место рождения.----------.

Образование. Среднее специальное.

Профессиональный анамнез. С 22 лет работала кондитером, профессиональным вредностям не подвергалась, рабочий день нормированный. В настоящее время больная на пенсии, на работе часто возникали стрессовые ситуации.

Бытовой анамнез. Жилищные условия и гигиенический режим удовлетворительные. Живет в многоквартирном доме, с мужем. Режим питания не нарушен, имеет склонность к употреблению острой пищи.

Вредные привычки. Не злоупотребляет алкоголем. Не курит.

Перенесённые заболевания и травмы. Язвенный анамнез около 6 лет больная к врачу не обращалась, ничем не лечилась. В детстве перенесла пневмонию.

Эпидемиологический анамнез. Инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, туберкулёз, малярию, венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию у себя и родственников отрицает.

Аллергологический анамнез. Аллергических реакций в виде кожного зуда, сыпи, крапивницы, отека Квинке после введения каких-либо лекарственных препаратов, приема пищевых продуктов не отмечалось.

Наследственность. Не отягощена.

Объективное исследование больной.

Общий осмотр.

Общее состояние больной: средней степени тяжести.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Температура: 36,7 С.

Пульс: 80 в минуту.

Дыхание: 18 в минуту.

Артериальное давление: 180 и 100 мм. рт. ст.

Телосложение: нормостеническое. Рост: 170 см. Вес: 70 кг. Индекс массы тела равен 24,2, что соответствует норме.

Исследование кожи и слизистых оболочек: Кожный покров бледной окраски, чистый. Тургор кожи сохранен, кожа умеренно влажная, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Ногтевые пластинки не изменены. Состояние слизистой носа хорошее, слизистая полости рта и твёрдого нёба бледно-розовая, влажная, высыпаний нет.д.ёсны розовой окраски, не гиперемированы, не кровоточивы, не разрыхлены. Язык обычной формы и величины, обложен белым налетом, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая зева бледно-розовой окраски, влажная, высыпаний и налетов нет. Миндалины обычной величины, формы, розовой окраски, без налётов и гнойных пробок. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая. Налётов, изъязвлений, рубцов нет.

Подкожная клетчатка: Развитие подкожной жировой клетчатки умеренное. Отёков нет. Подкожные вены малозаметны, подкожных опухолей нет.

Лимфатические узлы: подчелюстные - эластичные, безболезненные, неспаянные с окружающей тканью; шейные, подмышечные - не прощупываются.

Мышечная система: умеренно развита.

Костная система: без отклонений.

Суставы: безболезненны, нормальной конфигурации.

Система органов дыхания (Systema respiratorium)

Нос: нормальной формы, дыхание через нос свободное.

Гортань: расположение нормальное, отёков нет, голос тихий.

Грудная клетка: симметричная, нормостеническая, над - и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол прямой, межреберные промежутки умеренные, лопатки выступают умеренно, отношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки - 2: 3. Экскурсия - достаточная (5 см).

Дыхание: тип дыхания - грудной, дыхательные движения симметричны, дыхание ритмичное, средней глубины; частота дыхательных движений - 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: болезненность отсутствует, резистентность нормальная, голосовое дрожание одинаково на симметричных участках.

Перкуссия легких:

Топографическая перкуссия легких:

Высота стояния верхушек легких:

Спереди слева и справа - 3 см, сзади - ниже уровня 7-го шейного позвонка на 0,5 см с обеих сторон.

Ширина полей Креига - 8 см с обеих сторон.

Нижняя граница лёгких по линиям:

Правое лёгкое:

l. parasternalis - 5 ребро;

l. medioclavicularis - 5 ребро;

l. axillaris anterior - 6 ребро;

l. axillaris media - 7 ребро;

l. axillaris posterior - 8 ребро;

l. scapularis - 9 ребро;

l. paravertebralis - на уровне остистого отростка Th 10.

Левое лёгкое:

l. axillaris anterior - 6 ребро;

l. axillaris media - 7 ребро;

l. axillaris posterior - 8 ребро;

l. scapularis - 9 ребро;

l. paravertebralis - на уровне остистого отростка Th 10.

Аускультация легких: побочные дыхательные шумы не обнаружены, дыхание везикулярное, хрипов нет.

## Сердечно-сосудистая система (Systema cardiovasculare)

Осмотр и пальпация области сердца: выпячивание области сердца не обнаружено, верхушечный толчок локализован на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье, положительный, ограничен, не усилен.

Перкуссия сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | По правому краю грудины | По левому краю грудины |
| Верхняя | 3-е межреберье | 4-е ребро |
| Левая | На 1,5 см кнутри от левой срединноключичной линии в 5-ом межреберье | На 1,5 см. кнутри от границы относительной тупости сердца |

Поперечник сердца - 10 см.

Длинник сердца - 13 см.

Ширина сосудистого пучка - 5 см.

Аускультация сердца: Тоны сердца ритмичные, приглушены, 1-й тон лучше выслушивается на верхушке сердца, совпадает с пульсовой волной на сонной артерии, громче, ниже 2-го тона. Второй тон лучше выслушивается на основании сердца, где выше и громче 1-го тона, следует после короткой паузы.

АД на правой руке - 180 и 100, на левой руке - 170 и 90 мм. рт. ст. Шумы: не выслушиваются.

Аорта и сосуды: видимой пульсации, расширения вен не наблюдается.

Данные аускультации: сосудистые шумы не выслушиваются.

Данные пальпации: пульс с частотой 80 в минуту, одинаков на обеих лучевых артериях, ритмичный, мягкий, полный.

Мочеполовая система (Systema urogenitale).

Почки и мочевыводящие пути: болей в области поясницы нет, симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание нормальное, безболезненное.

Нервная система.

Сознание ясное, контактна.

Умственное развитие соответствует его возрасту и образованию. Память не нарушена. Эмоциональный фон без особенностей. Спонтанная речь не нарушена, понимание обращаемой речи сохранено. Ориентировка в пространстве и гнозия сохранены.

Зрачки округлые, одинаковой величины, 3 мм. Прямая и содружественная реакция зрачков на свет живая. Аккомодация, конвергенция удовлетворительные. Глазные щели одинаковой ширины, движения верхнего века и глазных яблок в полном объеме, диплопии не отмечается.

Лицо симметрично. Язык по средней линии. Фонация, глотание не нарушены. Двигательные функции в норме. Мышечная сила сохранена. Патологические рефлексы отсутствуют. Чувствительность, координация движений сохранена. Менингеальные симптомы отрицательны.

Эндокринная система.

Щитовидная железа при осмотре не видна. При пальпации боковые доли ее не определяются, а перешеек прощупывается в виде поперечно лежащего, гладкого, безболезненного валика плотноэластической однородной консистенции. Железа не спаяна с кожей, окружающими тканями, легко смещается при глотании. Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Рост 170см, вес 70 кг. Части тела развиты пропорционально.

Хирургический статус.

При осмотре полости рта слизистые оболочки бледные, язык влажный, с белым налетом. Состояние зубов удовлетворительное, десны, мягкое и твердое небо без изменений.

Живот немного вздут, симметричный, участвует в акте дыхания.

Пальпация.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот вздут в дыхании учавствует, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Селезёнка при пальпации не определяется.

Перкуссия.

При перкуссии брюшной полости выслушивается тимпанический звук.

Границы печени по Курлову:

Верхняя граница по правой срединно - ключичной линии - 6 ребро справа;

Нижняя граница по правой срединно - ключичной линии - на 2 см ниже уровня правой реберной дуги, по передней срединной линии - на 1,5 см ниже границы верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка грудины, по левой реберной дуге - на уровне левой парастернальной линии.

Аускультация. Перистальтика кишечника вялая. Шум трения брюшины, сосудистые шумы при обследовании не выявлены. Шум плеска не выслушивается.

## Предварительный диагноз

Язвенная болезнь желудка. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение, кровопотеря лёгкой степени.

Диагноз основного заболевания поставлен на основании:

- Жалоб больной на слабость, головокружение, тошноту, рвоту кофейной гущей, стул тёмного цвета;

- Данных анамнеза о склонности к употреблению острой пищи; возникновению болевого синдрома предшествовали погрешности в диете, физические нагрузки, стрессовые ситуации; язвенный анамнез около 6 лет. Резкое ухудшение состояния 27.10.08. - усиление болей, появилась рвота по типу кофейной гущи, черный дегтеобразный стул, с клиникой состоявшегося кровотечения доставлен в ЦРБ, впоследствии больная переведена в ПОКБ им. Бурденко для дальнейшего лечения;

- Данных осмотра, выявившего бледность кожных покровов и видимых слизистых, язык обложен белым налетом, при пальпации выявлена умеренная болезненность в эпигастральной области.

План обследования больной.

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин, амилаза, билирубин.

4. Эзофагогастродуоденоскопия.

5. УЗИ.

6. Консультация терапевта.

7. ЭКГ.

8. Исследование крови на групповую принадлежность, RW и ВИЧ.

Результаты лабораторного и инструментального исследования

Общий анализ крови (29.10.08).

Гемоглобин 11,1120 - 166 г/л

Эритроциты 4,253,5 - 5,0\*1012/л

ЦП 0,990,86 - 1,05

Лейкоциты 9,04,0 - 8,8\*109/л

Палочкоядерные 171 - 6%

Сегментоядерные 6845 - 70%

Эозинофилы 20 - 4%

Лимфоциты 718 - 40%

Моноциты 62 - 9%

Тромбоциты 255180 - 320 х 1012 /л

СОЭ351 - 16 мм/ч

Общий анализ крови (30.10.08).

Гемоглобин 99,0120 - 166 г/л

Эритроциты 3,273,5 - 5,0\*1012/л

ЦП 0,980,86 - 1,05

Лейкоциты 10,464,0 - 8,8\*109/л

Палочкоядерные 11 - 6%

Сегментоядерные 6945 - 70%

Эозинофилы 20 - 4%

Лимфоциты 2318 - 40%

Моноциты 42 - 9%

Базофилы 10 - 1%

СОЭ 341 - 16 мм/ч

Общий анализ мочи (31.10.08).

Количество - 150 мл

Прозрачная

Реакция кислая

Цвет - соломенно-желтый

Относительная плотность - 1022

Белок – 0,0048

Плоский эпителий 0 - 1 в поле зрения

Лейкоциты 0 - 1 в поле зрения

Эритроциты изменённые 2-3 в поле зрения

Общий анализ мочи (30.10.08).

Количество - 250 мл

Прозрачная

Реакция кислая

Цвет - соломенно-желтый

Относительная плотность - 1040

Белок – 0,064

Плоский эпителий 1 - 2 в поле зрения

Лейкоциты 4 - 6 в поле зрения

Цилиндры зернистые 0-0-2 в поле зрения

Слизь +

Биохимический анализ крови (29.10.08).

Общий белок 73,7 г/л 66-87г/л

Креатинин 120,6 ммоль/л44-132 ммоль/л

Амилаза крови 41,3 г/г/л16-30 г/г/л

Глюкоза 6,91 ммоль/л3,5-5,5 ммоль/л

Мочевина 8,92,5 - 8,3 ммоль/л

Билирубин общий 8,48,5 - 20,5 ммоль/л

21.10.08. ЭКГ. Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 ударов в минуту, положение электрической оси сердца нормальное (60 градусов), признаков нарушения ритма, проводимости, ишемических явлений не выявлено.

23.10.08. Реакция Вассермана отрицательная.

Группа крови А(II), Rh - (отрицательный).

Консультация терапевта.29.10.08.10: 30.

Больная переведена из Зареченской ЦРБ в связи с язвенным кровотечением.

Жалобы на тошноту, рвоту кофейной гущей, стул чёрного цвета, общую слабость, повышение артериального давления до 180 и 100 мм. рт. ст., одышку при незначительной физической нагрузке.

В анамнезе язвенная болезнь в течение 6 лет. Вирусный гепатит, туберкулёз, венерические заболевания отрицает.

При осмотре: общее состояние больной средней степени тяжести. В сознании, критична. Кожный покров бледноватый, периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 70 ударов в минуту. АД 180 и 100 м. рт. ст., пульс 84 удара в минуту, ритмичный, температура тела нормальная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. На ЭКГ данных за ОКС и нарушение ритма не выявлено.

Диагноз: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II стадии, риск III. ХСН IIА.

Рекомендовано: Контроль АД, Коринфар ретард 40 мг. по 1 таблетке 1 раз в сутки, Гипотиазид 25 мг 1 таблетку утром, Диратон 20 мг 1 таблетку утром.

Диагностическая эзофагогастродуоденоскопия от 29.10.08

Слизистая пищевода бледно-розового цвета, блестящая, просвет пищевода не расширен.

Кардиальный жом функционирует, проходим. Желудок хорошо расправляется воздухом, содержит жидкость, слизь, «кофейную гущу». Рельеф желудка обычный. В антральном отделе на передней стенке видна блюдцеобразная опухоль 5х5,5 см в диаметре, покрыта фибрином, детритом, микротравмами. Взята биопсия.

Привратник округлой формы, смыкается ритмично. Слизистая луковицы розовая, блестящая. Слизистая начальных отделом двенадцатиперстной кишки розовая, блестящая.

Биопсия. Злокачественное новообразование желудка блюдцеобразная опухоль антрума F-IIC.

Ультразвуковое исследование от 31.10.08

Печень, желчный пузырь и поджелудочная железа в норме.

Усилен кровоток в умеренно дилятированой селезёночной вене (диаметр 9 мм) и в небольшой степени дилятированой воротной вене (диаметр 16 мм). имеется небольшое увеличение селезенки 130х45 мм., эхоструктура её не изменена, мелкие кальцинаты.

Почки 150х50 мм, Д=S, без эхоструктурных патологии. Справа нефроптоз II степени.

Жидкостного содержимого в брюшной полости не обнаружено.

## Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику рака желудка необходимо провести с хроническим атрофическим гастритом, стенозом привратника как осложнения язвы пилорического отдела желудка, полипозом желудка.

Ведущими симптомами в картине заболевания у пациента являются тошнота возникающая после еды, и заканчивающаяся рвотой, а также чувство дискомфорта в эпигастральной области, мелена, а также проявления анемии возникшей на фоне хронической кровопотери.

Стеноз пилорического отдела желудка как осложнение язвенной болезни. Жалобы больного при стенозе как осложнения язвы пилорического отдела и стеноза возникшего в результате стенозирования опухолью аналогичны. Однако в первом случае характерен длительный язвенный анамнез предшествующий возникновению стеноза (анамнез при этом будет включать жалобы больного на голодные, ночные боли, возникающие через 1.5. - 3 часа после приема пищи, изжога, имеющая суточный ритм возникновения, рвота возникающая на высоте болей и приносящая облегчение, прием антацидов также облегчает состояние больного, обострения заболевания в осенне-весенние периоды). Клиника стеноза у нашего пациента развивалась с предшествующим язвенным анамнезом, резко, без каких либо резких обострений в осенне-весенние периоды. Решающим диффернецильно-диагностическим моментом является фиброгастроскопия при которой обнаружена опухоль выходного отдела желудка. Следовательно стеноз возникший как осложнение язвы пилорического отдела также как и язвенная болезнь желудка должны быть исключены из ряда возможных заболеваний у пациента на основании как клинических данных так и данных инструментального исследования.

Полипы и полипоз желудка полипы имеют вид выступающих в просвет желудка округлых образований, расположенных на тонкой ножке или широком основании. Полипы локализуются преимущественно в антральном отделе желудка, примерно у половины больных бывают множественными. Заболевание часто протекает бессимптомно, в других случаях жалобы зависят от сопутствующего гастрита. Больных беспокоит боль в эпигастральной области, иногда она связана с приемом пищи. Боль тупая, неинтенсивная, без иррадиации. Наблюдается чувство тяжести и давления в подложечной области, тошнота, изжога, отрыжка пищей или воздухом. Эти признаки также имеют место у нашего больного однако в клинике заболевания у нашего больного имеется выраженная анемия (снижение гемоглобина до 99 г/л, повышение СОЭ до 35 мм\ч, увеличение количества тромбоцитов - патогномоничные изменения крови для рака желудка), общая слабость и повышенная утомляемость которые не характерны для полипоза. При фиброгастроскопии у нашего больного выявлен антральном отделе на передней стенке видна блюдцеобразная опухоль в то время как при эндоскопическом исследовании полипы имеют вид шаровидных или овальных образований с гладкой поверхностью, четко отграничены от окружающей ткани, цвет их обычно краснее, чем слизистая оболочка желудка. Таким образом диагноз полипоз желудка следует исключить из ряда возможных заболеваний у нашего пациента.

Хронический атрофический гастрит характеризуется атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка и его секреторной недостаточностью, выраженными в различной степени. Для этого заболевания характерно развитие желудочной и кишечной диспепсии (неприятный вкус во рту, тошнота, особенно по утрам, отрыжка воздухом, урчание и переливание в животе, запоры или поносы), ощущение давления и распирания в эпигастральной области после еды.

## Клинический диагноз

Основное заболевание: Злокачественное новообразование желудка блюдцеобразная опухоль антрума F-IIC.

Диагноз основного заболевания поставлен на основании:

- Жалоб больной на слабость, головокружение, тошноту, рвоту кофейной гущей, стул тёмного цвета;

- Данных анамнеза о склонности к употреблению острой пищи; возникновению болевого синдрома предшествовали погрешности в диете, физические нагрузки, стрессовые ситуации; язвенный анамнез около 6 лет. Резкое ухудшение состояния 27.10.08. - усиление болей, появилась рвота по типу кофейной гущи, черный дегтеобразный стул, с клиникой состоявшегося кровотечения доставлен в ЦРБ, впоследствии больная переведена в ПОКБ им. Бурденко для дальнейшего лечения;

- Данных осмотра, выявившего бледность кожных покровов и видимых слизистых, язык обложен белым налетом, при пальпации выявлена умеренная болезненность в эпигастральной области.

- Данных лабораторных и инструментальных методов исследования: нормохромная нормоцитарная анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, тромбоцитопения, гипопротеинемия, повышение уровня амилазы. На ЭГДС Злокачественное новообразование желудка блюдцеобразная опухоль антрума F-IIC.

## План и методы лечения

Метод лечения консервативный.

1) динамическое наблюдение;

2) профилактика рецидивов кровотечения;

3) антисекреторные препараты;

4) инфузионная терапия;

5) обезболивание;

6) общеукрепляющая терапия;

7) операция

8) профилактика послеоперационных осложнений.

## Предоперационный эпикриз

1.11.08.

Больная -----, находится в 12 ХО с диагнозом: язвенная болезнь желудка. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. Угроза кровотечения IIБ. Госпитализирована в экстренном порядке с жалобами на тошноту, рвоту кровью, слабость. Госпитализирована в ОКБ имени Бурденко. Обследована – при ФГДС гигантская язва желудка. После проведённой противоязвенной терапии. Больная подготовлена к операции и 1.11.08 планируется лапаротомия. Резекция ѕ желудка по Бильрот 1. Согласие больной на операцию получено.

1.11.08 9: 40-11: 00

Лапаротомия. Субтотальная резекция желудка по Бильрот 1. Спленэктомия. Резекция круглой связки печени. Дренирование брюшной полости.

После обработки операционного поля раствором йодопирона и хлоргексидина, под КЭН, выполнена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости инфильтрат, образованный передней стенкой желудка, круглой связкой печени и большим сальником. Последний тупо и остро разделён. Выявлено что язва на передней стенке пенетрирует в круглую связку. В проекции большой кривизны желудка язва 6х7 см., по периметру выраженный воспалительный вал. Круглая связка печени резецирована в пределах здоровых тканей.

Выполнена мобилизация желудка по большой и малой кривизне в объёме 3/4. мобилизована двенадцатиперстная кишка. Выполнена резекция желудка с формированием малой кривизны аппаратным швом УО 60, с дополнительной перитонизацией серо-серозными швами. Сформировпн гастродуоденоанастомоз двумя рядами капроновых швов по Бильрот 1. Брюшная полость дренирована 2-мя полихлорвиниловыми трубками – в подпеченочном пространстве и поддиафрагмальном пространстве слева. Послойные швы на рану. Спирт. Асептическая повязка.

В процессе мобилизации большой кривизны, произошла декапсюляция селезёнки с мелкими надрывами, что сопровождалось кровотечением. Выполнена спленэктомия.

Препарат: 1. Резецированная часть 2/3 желудка, с язвой в области угла желудка 5 мм.2. Удалённая селезёнка.3. Участок круглой связки печени.

Диагноз: Язвенная болезнь желудка (гигантская язва желудка). Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. Угроза кровотечения IIБ. Кровопотеря средней степени тяжести. Постгеморрагическая анемия.

Стол № 0

1. Режим палатный.

2. Холод местно

3. Назоинтестинальный зонд

4. Sol. NaCl 0,9% - 400,0

Quamatel 0,02 в/в капельно 2 раза в сутки

5. Sol. Dicinoni 12,5% 2 раза в сутки

6. Sol. Vicasoli 2,0 в/м 2 раза в сутки

7. Омез 20 мг.2 раза в сутки

8. Прозерин 1,0 2 раза в сутки (3-4.10.08)

9. Sol. Promedoli 2% -1,0 внутримышечно

10. Гипотиазид 25 мг.1 таблетка утром

11. Коринфар ретард 40 мг.1 таблетка утром

12. Диротон 10 мг.1 таблетка утром

13. Vit. B1, B6 аа 2,0 в/м, Vit. C 5% - 6,0 в/м 1 раз в день

Дневники наблюдения.

29.10.08. - 5.11.08.

С момента поступления больного в стационар до момента начала курации состояние больного с положительной динамикой. На фоне лечения улучшилось общее самочувствие, уменьшилась степень выраженности анемии. Рецидива кровотечения не было. Назогастральный зонд удален 1.11.08.

29.10.08.

Состояние больной средней степени тяжести, стабильное. Жалобы на боль в эпигастральной области, общую слабость. Температура тела 36,7. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в минуту. Пульс 82 в минуту, ритмичный. АД 130 и 90 мм рт ст.д.ыхание ритмичное, через нос, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Язык влажный, с белым налетом. Живот мягкий, в дыхании участвует. При аускультации выслушиваются кишечные шумы. Стул, диурез адекватные.

Назначения:

Стол № 0

1. Режим палатный.

2. Холод местно

3. Назоинтестинальный зонд

4. Sol. NaCl 0,9% - 400,0

Quamatel 0,02 в/в капельно 2 раза в сутки

5. Sol. Dicinoni 12,5% 2 раза в сутки

6. Sol. Vicasoli 2,0 в/м 2 раза в сутки

7. Омез 20 мг.2 раза в сутки

3.11.08.

Состояние больной относительно удовлетворительное, стабильное. Жалобы на боли в области послеоперационной раны. Температура тела 36,6. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 86 в минуту. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 120 и 70 мм рт ст.д.ыхание ритмичное, через нос, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. При аускультации выслушиваются кишечные шумы. Повязка сухая. Стул, диурез адекватные.

Назначения:

Стол № 1.

1.1. Режим палатный.

2. Холод местно

3. Назоинтестинальный зонд

4. Sol. NaCl 0,9% - 400,0

Quamatel 0,02 в/в капельно 2 раза в сутки

5. Sol. Dicinoni 12,5% 2 раза в сутки

6. Sol. Vicasoli 2,0 в/м 2 раза в сутки

7. Омез 20 мг.2 раза в сутки

8. Прозерин 1,0 2 раза в сутки (3-4.10.08)

9. Sol. Promedoli 2% -1,0 внутримышечно

10. Гипотиазид 25 мг.1 таблетка утром

11. Коринфар ретард 40 мг.1 таблетка утром

12. Диротон 10 мг.1 таблетка утром

13. Vit. B1, B6 аа 2,0 в/м, Vit. C 5% - 6,0 в/м 1 раз в день

Прогноз.

Прогноз для жизни неблагоприятный.

Прогноз для полного выздоровления неблагоприятный.

## Выписной эпикриз

----------------------- - года рождения находилась на стационарном лечении во 2-ом хирургическом отделении с 29.10.08 с диагнозом: Злокачественное новообразование желудка блюдцеобразная опухоль антрума F-IIC. Поступила 29.10.08. в 10.20 с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, стул чёрного цвета, общую слабость.

Диагноз «Злокачественное новообразование желудка блюдцеобразная опухоль антрума F-IIC», кровопотеря средней степени, поставлен на основании:

- Жалоб больной на слабость, головокружение, тошноту, рвоту кофейной гущей, стул тёмного цвета;

- Данных анамнеза о склонности к употреблению острой пищи; возникновению болевого синдрома предшествовали погрешности в диете, физические нагрузки, стрессовые ситуации; язвенный анамнез около 6 лет. Резкое ухудшение состояния 27.10.08. - усиление болей, появилась рвота по типу кофейной гущи, черный дегтеобразный стул, с клиникой состоявшегося кровотечения доставлен в Зареченскую ЦРБ, впоследствии больная переведена в ПОКБ им. Бурденко для дальнейшего лечения;

- Данных осмотра, выявившего бледность кожных покровов и видимых слизистых, язык обложен белым налетом, при пальпации выявлена умеренная болезненность в эпигастральной области.

- Данных лабораторных и инструментальных методов исследования: нормохромная нормоцитарная анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, тромбоцитопения, гипопротеинемия, повышение уровня амилазы. На ЭГДС Злокачественное новообразование желудка блюдцеобразная опухоль антрума F-IIC.

Больной была проведена консервативная терапия: профилактика рецидивов кровотечения (Sol. Vicasoli 1% - 1,0 в/м 1 раз в день), антисекреторная терапия (Quamatel 0,02 в/в болюсно однократно, затем tab. Omez 0,02 1 раз в день per os, инфузионная терапия (, Sol. NaCl 0,9% - 400,0,), профилактика послеоперационных осложнений (Sol. Gentamicini 80 mg в/м 2 раза в сутки в течение 5 дней), общеукрепляющая терапия (Vit. B1, B6 аа 2,0 в/м, Vit. C 5% - 6,0 в/м 1 раз в день), обезболивание (Sol. Promeoli 2% - 2,0 при болях).

За время нахождения в стационаре состояние больной с положительной динамикой, улучшилось общее самочувствие, уменьшилась степень выраженности анемии, рецидива кровотечения не было.