**Паспортная часть.**

ФИО: -------------------------

Возраст: 47 лет -------------

Место работы: МУП «--------------

Профессия: скотник

Место жительства: Пензенская область, -------------------------------

Дата и час поступления: 21.10.08г. в 10.20.

Кем направлен: ЦРБ.

Жалобы.

При поступлении больной предъявлял жалобы на боли в области послеоперационной раны, общую слабость.

**История развития заболевания (Anamnesis morbi)**

15.10.08. после употребления большого количества алкоголя больной почувствовал 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 обращался. 17.10.08. бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в Бессоновскую ЦРБ с клиникой состоявшегося кровотечения. По данным выписки на ФГДС: хроническая язвенная болезнь желудка, обострение, хроническая каллезная язва угла желудка, угроза рецидива кровотечения F2В. Проведена инфузионная, противоязвенная, гемостатическая, симптоматическая терапия, переливание одногруппной СЗП и эритроцитарной массы. Была проведена консультация хирургом по линии санитарной авиации, заключение: хроническая каллезная язва угла желудка, состоявшееся кровотечение, постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Ввиду отсутствия продолжающегося кровотечения рекомендовано продолжить консервативную терапию. 19.10.08 в 5:30 снова появилась рвота «кофейной гущей», диагностирован рецидив желудочного кровотечения, произведена операция: лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот 2 на короткой петле, дренирование брюшной полости. По данным выписки, 21.10.08 в 0:30 по назогастральному зонду отошло 250 мл «старой» крови по типу кофейной гущи с примесью темно-вишневой крови, алой крови не было. Гемодинамика была стабильная. Проведена консультация хирургом и эндоскопистом по линии санитарной авиации. На ФГДС: острые язвы отводящей петли, источник кровотечения вероятнее всего – малая кривизна культи желудка. При осмотре свежей крови нет, консилиумом врачей решено проведение консервативной терапии. На фоне стабильной гемодинамики больной 21.10.08 в 10:20 переведен в Пензенскую Областную Клиническую больницу имени Н. Н. Бурденко для дальнейшего лечения, где и находится в настоящее время в хирургическом отделении №2.

**История жизни (Anamnesis Vitae)**

Биографические сведения.

Место рождения. Ульяновская область.

Образование. Среднее специальное.

Профессиональный анамнез. С 18 лет работал водителем троллейбуса, профессиональным вредностям не подвергался, рабочий день нормированный, затем работал слесарем. В настоящее время больной работает скотником в МУП «Вазерский», на работе часто возникают стрессовые ситуации.

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

Вредные привычки. Злоупотребляет алкоголем. Курит по 1 пачке в день с 18 лет.

Перенесённые заболевания и травмы. Язвенный анамнез около 6 лет Больной к врачу не обращался, ничем не лечился. С лета 2008 года приступы возникновения боли участились (1-2 раза в неделю), они появлялись после приема алкоголя, острой пищи, физических нагрузок, стрессовых ситуаций, увеличилась интенсивность боли, по советам знакомых периодически принимал омез (с положительным эффектом), анальгин (иногда до 6 таблеток в сутки), с середины октября приступы боли возникали ежедневно.

В возрасте 13 лет получил травму ноги (перелом), в 24 года – перелом руки, неосложненные. В детстве перенес пневмонию. 2 года назад оперирован по поводу липомы в проекции нижней челюсти слева, без осложнений.

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 больного: тяжелое.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Температура: 36,7° С.

Пульс: 70 в минуту.

Дыхание: 16 в минуту.

Артериальное давление: 110 и 70 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. Дёсны 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 – 16 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.

**Сердечнососудистая 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 – 110 и 70, на левой руке – 110 и 70 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 70 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, контактен.

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 мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. 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.

Status localis.

На передней брюшной стенке имеется послеоперационная рана (после срединной лапаротомии), повязка сухая. В правой боковой области установлен дренаж в брюшную полость, по которому отделяется незначительное количество светло-коричневой жидкости. Установлен назогастральный зонд, по которому есть геморрагическое отделяемое. Также установлен мочевой катетер.

**Предварительный диагноз.**

Основное заболевание: Язвенная болезнь желудка. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение, кровопотеря средней степени. Состояние после резекции 2/3 желудка на высоте кровотечения от 19.10.08.

Осложнения: Язва отводящей петли, осложненная кровотечением; постгеморрагическая анемия.

Диагноз основного заболевания поставлен на основании:

- Жалоб больного на боли в области послеоперационной раны, общую слабость;

- Данных анамнеза о склонности к употреблению острой пищи; возникновению болевого синдрома предшествовали погрешности в диете, прием алкоголя, физические нагрузки, стрессовые ситуации; язвенный анамнез около 6 лет. Резкое ухудшение состояния 17.10.08. – усиление болей, появилась рвота по типу кофейной гущи, черный дегтеобразный стул, с клиникой состоявшегося кровотечения доставлен в Бессоновскую ЦРБ, где в связи с рецидивом кровотечения была произведена операция: лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот 2 на короткой петле, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде снова возникло кровотечение, вероятнее всего источник – малая кривизна культи желудка. Больной переведен в ПОКБ им. Бурденко для дальнейшего лечения;

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

**План обследования больной**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин, амилаза, билирубин.
4. Консультация реаниматолога.
5. Консультация терапевта.
6. ЭКГ.
7. Исследование крови на групповую принадлежность, RW и ВИЧ.

Результаты лабораторного и инструментального исследования

Общий анализ крови (21.10.08).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Значение | Норма |
| Гемоглобин | 87,0 | 120 – 166 г/л |
| Эритроциты | 2,82 | 3,5 – 5,0\*1012/л |
| ЦП | 0,92 | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | 7,7 | 4,0 – 8,8\*109/л |
| палочкоядерные | 3 | 1 – 6% |
| сегментоядерные | 81 | 45 – 70% |
| Эозинофилы | 2 | 0 – 4% |
| Лимфоциты | 7 | 18 – 40% |
| Моноциты | 5 | 2 – 9% |
| Тромбоциты | 189 | 180 – 320 ∙ 1012 /л |
| СОЭ | 75 | 1 – 16 мм/ч |

Общий анализ крови (24.10.08).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Значение | Норма |
| Гемоглобин | 99,0 | 120 – 166 г/л |
| Эритроциты | 3,39 | 3,5 – 5,0\*1012/л |
| ЦП | 0,87 | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | 10,46 | 4,0 – 8,8\*109/л |
| палочкоядерные | 1 | 1 – 6% |
| сегментоядерные | 69 | 45 – 70% |
| Эозинофилы | 2 | 0 – 4% |
| Лимфоциты | 23 | 18 – 40% |
| Моноциты | 4 | 2 – 9% |
| Базофилы | 1 | 0 – 1% |
| СОЭ | 34 | 1 – 16 мм/ч |

Общий анализ мочи (23.10.08).

Количество – 150 мл

Прозрачная

Реакция кислая

Цвет - соломенно-желтый

Относительная плотность – 1022

Белок - отсутствует

Переходный эпителий 0 – 1 в поле зрения

Лейкоциты 2 – 3 в поле зрения

Слизь +

Соли – оксалаты ++

Общий анализ мочи (24.10.08).

Количество – 150 мл

Прозрачная

Реакция кислая

Цвет - соломенно-желтый

Относительная плотность – 1024

Белок - отсутствует

Переходный эпителий 0 – 1 в поле зрения

Лейкоциты 2 – 4 в поле зрения

Слизь +

Эритроциты неизмененные – единичные в поле зрения.

Биохимический анализ крови (21.10.08).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | Норма |
| Общий белок  | 54,3 г/л  | 66-87г/л |
| Креатинин | 77,4 ммоль/л | 44-132 ммоль/л |
| Амилаза крови | 67,7 г/г/л | 16-30 г/г/л |
| Глюкоза | 5,70 ммоль/л | 3,5-5,5 ммоль/л |
| Мочевина | 2,7 | 2,5 – 8,3 ммоль/л |
| Билирубин общий | 9,3 | 8,5 – 20,5 ммоль/л |

21.10.08. ЭКГ. Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 75 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 реаниматолога. 21.10.08. 10:30.

Больной переведен из Бессоновской ЦРБ после резекции 2/3 желудка по Бильрот 2 в связи с язвенным кровотечением. Операция 19.10.08.

При осмотре: общее состояние больного тяжелое, но устойчивое. В сознании, критичен. Кожный покров бледноватый, периферических отеков нет. АД 110 и 70 м. рт. ст., пульс 84 удара в минуту, ритмичный, температура тела нормальная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Язык обложен, суховат. Живот не вздут. Повязка сухая. По назогастральному зонду небольшое количество светло-коричневого прозрачного отделяемого. Дальнейшее лечение возможно в общем отделении.

Консультация терапевта.21.10.08. 10:40.

Жалобы на боли в области послеоперационной раны, выраженную обую слабость. В анамнезе простудные заболевания. Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Объективно: состояние больного тяжелое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 70 ударов в минуту. АД 110 и 80 мм. рт. ст. На ЭКГ данных за ОКС и нарушение ритма не выявлено. Диагноз: состояние после резекции желудка.

**Дифференциальный диагноз**

Язвенную болезнь желудка необходимо дифференцировать у данного больного с синдромом Золлингера-Эллисона, характеризующемся наличием опухоли – гастриномы в поджелудочной железе. Отличительная особенность этих опухолей заключается в том, что их клетки продуцируют гастрин, который, воздействуя на железы слизистой оболочки желудка, способствует избыточному выделению соляной кислоты и образованию язв в желудке и двенадцатиперстной кишке. Для возможного определения наличия данной опухоли необходимо провести УЗИ поджелудочной железы, определить уровень гастрина в крови.

Язвенную болезнь желудка также необходимо дифференцировать с онкологической патологией – раком желудка. В данном случае решающее значение имеет результат гистологического исследования биоптата язвы желудка.

**Клинический диагноз**

Основное заболевание: Язвенная болезнь желудка. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение, кровопотеря средней степени. Состояние после резекции 2/3 желудка на высоте кровотечения от 19.10.08.

Осложнения: Язва отводящей петли, осложненная кровотечением; постгеморрагическая нормохромная нормоцитарная анемия средней степени тяжести.

Диагноз основного заболевания поставлен на основании:

- Жалоб больного на боли в области послеоперационной раны, общую слабость;

- Данных анамнеза о склонности к употреблению острой пищи; возникновению болевого синдрома предшествовали погрешности в диете, прием алкоголя, физические нагрузки, стрессовые ситуации; язвенный анамнез около 6 лет. Резкое ухудшение состояния 17.10.08. – усиление болей, появилась рвота по типу кофейной гущи, черный дегтеобразный стул, с клиникой состоявшегося кровотечения доставлен в Бессоновскую ЦРБ, где в связи с рецидивом кровотечения была произведена операция: лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот 2 на короткой петле, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде снова возникло кровотечение, вероятнее всего источник – отводящая петля. Больной переведен в ПОКБ им. Бурденко для дальнейшего лечения;

- Данных осмотра, выявившего бледность кожных покровов и видимых слизистых, язык обложен белым налетом, при пальпации выявлена болезненность в области послеоперационной раны;

- Данных лабораторных и инструментальных методов исследования: нормохромная нормоцитарная анемия 1-2 степени тяжести, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, тромбоцитопения, гипопротеинемия, повышение уровня амилазы.

**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) профилактика послеоперационных осложнений.

 Стол № 1.

1. Режим палатный.
2. Sol. Vicasoli 1% - 1,0 в/м 1 раз в день.
3. Quamatel 0,02 в/в болюсно однократно.
4. Lоsec 0,04 в/в капельно 2 раза в сутки в течение 5 суток. Затем tab. Omez 0,02 1 раз в день per os.
5. Sol. Glucosi 5% - 400,0

Sol. NaCl 0,9% - 400,0 вводить внутривенно капельно 2 раза в сутки.

Sol. KCl 4% - 20,0

Sol. MgSO4 20% - 20,0

1. Sol. Gentamicini 80 mg в/м 2 раза в сутки в течение 5 дней.
2. Sol. Dimedoli 2% - 2,0 в/м на ночь.
3. Vit. B1, B6 аа 2,0 в/м.
4. Vit. C 5% - 6,0 в/м 1 раз в день.
5. Sol. Ketaroli 2% - 2,0 при болях.

Дневники наблюдения.

21.10.08. – 25.10.08.

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 24.10.08. Стул после операции на 3 сутки.

 25.10.08.

Состояние больного средней степени тяжести, стабильное. Жалобы на боль в области послеоперационной раны, общую слабость. Температура тела 36,7. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 в минуту. Пульс 72 в минуту, ритмичный. АД 110 и 70 мм рт ст. Дыхание ритмичное, через нос, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Язык влажный, с белым налетом. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. При аускультации выслушиваются кишечные шумы. Повязка сухая. Стул, диурез адекватные.

Назначения:

Стол № 1.

1. Режим палатный.
2. Sol. Vicasoli 1% - 1,0 в/м 1 раз в день.
3. Lоsec 0,4 в/в капельно 2 раза в сутки.
4. Sol. Glucosi 5% - 400,0

 Sol. NaCl 0,9% - 400,0 Вводить внутривенно капельно 2 раза в сутки.

 Sol. KCl 4% - 20,0

 Sol. MgSO4 20% - 20,0

1. Sol. Gentamicini 80 mg в/м 2 раза в сутки в течение 5 дней.
2. Sol. Dimedoli 2% - 2,0 в/м на ночь.
3. Vit. B1, B6 аа 2,0 в/м.
4. Vit. C 5% - 6,0 в/м 1 раз в день.

27.10.08.

Состояние больного относительно удовлетворительное, стабильное. Жалобы на малоинтенсивные боли в области послеоперационной раны. Температура тела 36,6. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 76 в минуту. Пульс 76 в минуту, ритмичный. АД 120 и 70 мм рт ст. Дыхание ритмичное, через нос, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 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. Режим палатный.
2. Тab. Omez 0,02 1 раз в день per os.
3. Sol. Glucosi 5% - 400,0

 Sol. NaCl 0,9% - 400,0 Вводить внутривенно капельно 2 раза в сутки.

 Sol. KCl 4% - 20,0

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

Прогноз.

Прогноз для жизни благоприятный.

Прогноз для полного выздоровления благоприятный.

**Этапный эпикриз**

Больной ------------------------------------------ находится на стационарном лечении во 2-ом хирургическом отделении с 21.10.08 с диагнозом: язвенная болезнь желудка, состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение, кровопотеря средней степени, состояние после резекции 2/3 желудка на высоте кровотечения от 19.10.08.; язва отводящей петли, осложненная кровотечением; постгеморрагическая нормохромная нормоцитарная анемия средней степени тяжести.

Поступил 21.10.08. в 10.20 с жалобами на боли в области послеоперационной раны, общую слабость. Переведен из Бессоновской ЦРБ.

Диагноз «язвенная болезнь желудка, состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение, кровопотеря средней степени, состояние после резекции 2/3 желудка на высоте кровотечения от 19.10.08.; язва отводящей петли, осложненная кровотечением; постгеморрагическая нормохромная нормоцитарная анемия средней степени тяжести» поставлен на основании:

- Жалоб больного на боли в области послеоперационной раны, общую слабость;

- Данных анамнеза о склонности к употреблению острой пищи; возникновению болевого синдрома предшествовали погрешности в диете, прием алкоголя, физические нагрузки, стрессовые ситуации; язвенный анамнез около 6 лет. Резкое ухудшение состояния 17.10.08. – усиление болей, появилась рвота по типу кофейной гущи, черный дегтеобразный стул, с клиникой состоявшегося кровотечения доставлен в Бессоновскую ЦРБ, где в связи с рецидивом кровотечения была произведена операция: лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот 2 на короткой петле, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде снова возникло кровотечение, вероятнее всего источник – малая кривизна культи желудка. Больной переведен в ПОКБ им. Бурденко для дальнейшего лечения;

- Данных осмотра, выявившего бледность кожных покровов и видимых слизистых, язык обложен белым налетом, при пальпации выявлена болезненность в области послеоперационной раны;

- Данных лабораторных и инструментальных методов исследования: нормохромная нормоцитарная анемия 1-2 степени тяжести, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, тромбоцитопения, гипопротеинемия, повышение уровня амилазы.

Больному 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, Lоsec 0,04 в/в капельно 2 раза в сутки в течение 5 суток, затем tab. Omez 0,02 1 раз в день per os, инфузионная терапия (Sol. Glucosi 5% - 400,0, Sol. NaCl 0,9% - 400,0, Sol. KCl 4% - 20,0, Sol. MgSO4 20% - 20,0, 2 раза в сутки), 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. Ketaroli 2% - 2,0 при болях).

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

**Рекомендации**

1. Соблюдать рациональный режим дня и питания (дробное питание небольшими порциями 5-6 раз в день).
2. Воздерживаться от приема больших количеств жирной и острой пищи, пряностей, копченостей.
3. Воздерживаться от чрезмерных физических нагрузок, стрессов, нервно- психического перенапряжения. Вести подвижный образ жизни, чаще бывать на свежем воздухе.
4. Продолжать лечение в амбулаторных условиях, выполняя все предписания и рекомендации лечащего врача.
5. Санаторно-курортное лечение через 6 месяцев в санатории «Березовая роща».