

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

№ истории болезни	30006775	SIP (Система информации о населении)	12809408	Отделение:	Клинической медицины
Пациент	ИВАН ИВАНОВ	Врач:	-----		
Возраст	50 лет	Центр:	БОЛЬНИЦА ГОРОДА ТОРРЕВЬЕХА		
Пол	Мужской				
№ соц. страхования	-----				
Адрес	-----				
Город:	ТОРРЕВЬЕХА				
Интерн:	-----				
Койка №	058-А	Дата поступления:	28.10.2018 07:16	Дата выписки:	06.11.2019 11:50
После выписки направлен к:	Лечащему врачу				

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Переведен из Отделения интенсивной терапии

АНАМНЕЗ

АЛЛЕРГИЯ: не известно

Вредные привычки: алкоголь по 40 г в день. Не курит.

- Артериальная гипертензия;

- Стеатоз печени. Нет других данных о ЦП.

Хирургические вмешательства: грыжа брюшной полости

Базовое состояние пациента: Самостоятельно выполняет основные виды деятельности в повседневной жизни.

Текущее лечение: небиволол 5 мг/день; Периндоприл 1,25/индапамид ДНЕМ (бипретедекс).

ТЕКУЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

До этого чувствовал себя хорошо, но рано утром 28.10.2019 резко наблюдалось два эпизода рвоты кровью, без сопутствующей клинической картины. По этой причине он обратился в приемное отделение, где он был в сознании и ориентировался в пространстве (был опрошен с участием переводчика русского языка), с артериальной гипотензией, тахикардией и потоотделением. Дыхание в норме, насыщение крови кислородом соответствующее; введен назогастральный зонд, который показал выход 50-100 мл крови в верхней части пищеварительного тракта. Устанавливается катетер и начинается реанимация при помощи инфузионной терапии. По нашим оценкам он на тот момент получил вливание 1 концентрата эритроцитов, реанимация усилилась жидкостями, но тенденция артериальной гипотензии все еще удерживалась, поэтому было принято решение о переводе в Отделение интенсивной терапии.

Течение заболевания в Отделении интенсивной терапии

Гемодинамика: артериальная гипотензия и тахикардия, введен катетер в периферическую центральную вену. Нерегулярная тахикардия 160 уд/мин, поэтому был введен амиодарон для изменения синусового ритма. Отмечено значительное увеличение маркеров некроза миокарда (Тропонин 1 максимум: 19,45 нг/мл) без изменений на ЭКГ, проведена ЭхоКГ на кровати, которая не показала сегментарных отклонений сократительной функции. На фоне сильного желудочного кровотечения было принято решение не применять антиагреганты. ЭКГ при выписке: синусовый ритм, R: 0,20 сек. QRS узкий, ось отклонена влево, R в aVR, T сплюснутый с передней боковой стороны, QS в V1-V2.

01.11.2019г. ультразвуковая доплерография нижних конечностей по клинической картине с болями, хотя без признаков воспаления, что исключило тромбоз глубоких вен.

Дыхание: тахипноэ 25 вдохов в минуту, аускультация в норме, после дыхание в норме и без дополнительного O2.

Почки: клубочковая фильтрация в норме, мочевина 74 мг/дл, креатинин в норме, ионы в норме.

Обмен веществ: изначально на полной диете с введением глюкозы для дальнейшего перевода на оральную диету, без инцидентов.

Инфекции/воспаления: жара нет, лейкоциты 9000. Серология гепатотропных вирусов – отрицательная. После вливаний появились