

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Иркутская область "Знак Почета" областная клиническая больница
664049, г. Иркутск, микрорайон Юбилейный, 100
e-mail: iokb@iokb.ru

Отделение портальной гипертензии

ВЫПИСКА

из медицинской карты стационарного больного № 10400

1. Фамилия, имя и отчество пациента: Жданова Виктория Владимировна
2. Дата рождения: 19.01.1984 г.
3. Домашний адрес: Иркутская обл. Иркутск г, Пискунова ул, д.102, кв.8
4. Даты: Дата направления в стационар: 27.05.2022 08:23 Дата поступления: 27.05.2022 08:25 Дата выписки: 04.07.2022 12:00

5. Полный диагноз: Основной: K63.2 Неполный сформированный наружный толстокишечный свищ.
Осложнение: Нет
Сопутствующий: Туберкулез брюшной полости. Спаячная болезнь брюшной полости. Множественные межкишечные абсцессы

6. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при выписке:

Краткий анамнез: Болеет длительное время, из анамнеза 2010г Бандажирование желудка, 2015 г лапароскопическая продольная резекция желудка, 2020 гастростомирование манжеты желудка из биологической колагеновой сетки, 2021 Бандажирование культи желудка сформированного в результате реконструкции с выведением порта регуляции манжеты культи желудка, несколько сеансов релапаротомии из-за осложнений в послеоперационном периоде. Атакже выполнено колая лапаротомия в левом подреберье, вскрытие и дренирование гематомы. В данный момент обратилась в приемное отделение ИОКБ. Госпитализирована в отделение портальной гипертензии..
Диагностические исследования: . . . Эзофагогастродуоденоскопия от 30.05.2022 11:15. Описание: 30 мая 2022 г. Жданова Виктория Владимировна (19.01.1984, 38 лет). № ИБ 10400 Видеогастроскоп Pentax EG 290 Кр А03.16.001 B01.003.004.001 Местная анестезия глотки 10% - спрей-лидокаином. Акт глотания не нарушен, слизистая глотки розовая, грушевидные синусы свободные, вход в пищевод в виде поперечной щели. Пищевод свободно проходим, складки продольные. Слизистая розовая. Подслизистые вены не расширены. Кардиальный жом смыкается, расположен на 40 см от резцов на уровне ПОД. Зубчатая линия четкая не размытая, выше кардиального жома на 1,0 см. Культи желудка короткая (2 см), хорошо расправляется воздухом. Слизистая гиперемированная. Перистальтика прослеживается. Анастомоз на 42 см, округлой формы, смыкается, для аппарата проходим свободно. Слизистая анастомоза эрозирована, гиперемированная, отечная, визуализируются скобки. Отводящая кишка осмотрена. Слизистая розовая. В просвете светлая желчь. На 80 см имеется межкишечный анастомоз конец в бок, слизистая розовая, визуализируются скобки.
Заключение: Состояние после субтотальной резекции желудка по Б-1. ГЭА. Анастомозит. Компьютерная томография органов верхнего этажа брюшной полости с контрастированием от 31.05.2022 08:02. Описание: Проведена высокоразрешающая МСКТ брюшной полости и полости малого таза с внутривенным введением омнипака 350-50.0 с первичной коллимацией 64 x 0.75 мм, толщиной реформированных срезов 1.0 -5.0 мм и последующим трехмерным анализом изображений в MPR, MIP и VRT реконструкциях. Грубой костной патологии в зоне сканирования не выявлено. Мягкие ткани передней брюшной стенки деформированы. В области послеоперационного шва по средней линии определяется гиподенсивное содержимое (27,5ед.Н) в виде полоски шириной до 10-15мм. Печень с ровными контурами, в размерах увеличена, неоднородной структуры - в паренхиме печени визуализируются мелкие до 4-5-10мм округлой формы жидкостные образования, не накапливающие контраст после в-в усиления. Остальные участки печеночной паренхимы однородной структуры до (62ед.Н.) и после контрастирования (90Н.). Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь овоидной формы с однородным содержимым. Желудок значительно уменьшен в объеме, с металлическими скрепками по краю. Поджелудочная железа с волнистыми контурами, дольчатость выражена. Структура железы однородная. Паренхима железы равномерно накапливает контраст. Размеры: головка 24мм, тело 15мм, хвост 17мм. Паранкральная клетчатка обычной плотности. Селезенка с ровными контурами, не увеличена в размерах, однородной структуры (48ед.Н.), равномерно накапливает контраст. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Надпочечники обычной треугольной формы, с ровными контурами, однородной структуры, в размерах не увеличены. Почки расположены обычно, бовоидной формы, с ровными контурами, обычных размеров, однородной структуры. Паренхима почек равномерно накапливает контраст, ЧЛК не расширен. Паранефральная клетчатка обычной плотности. Кишечник неравномерно законтрастирован. Петли тонкой кишки интимно прилежат к передней брюшной стенке практически на всем протяжении. Слева в подреберной области есть признаки уклонения контраста за пределы кишечной трубки на переднюю брюшную стенку. В полости малого таза полей патологической денситометрии не выявлено.
Заключение: Заключение: Гепатомегалия. Послеоперационные изменения в полости. Признаки тонкокишечного свища слева. Ограниченное скопление жидкости в области послеоперационного шва. Примечание: без снимка. Компьютерная томография органов малого таза у женщины с контрастированием от 31.05.2022 08:02. Описание: Проведена высокоразрешающая МСКТ брюшной полости и полости малого таза с внутривенным введением омнипака 350-50.0 с первичной коллимацией 64 x 0.75 мм, толщиной реформированных срезов 1.0 -5.0 мм и последующим трехмерным анализом изображений в MPR, MIP и VRT реконструкциях. Грубой костной патологии в зоне сканирования не выявлено.

Мягкие ткани передней брюшной стенки деформированы. В области послеоперационного шва по средней линии определяется гиподенсивное содержимое (27,5ед.Н) в виде полоски шириной до 10-15мм. Печень с ровными контурами, в размерах увеличена, неоднородной структуры - в паренхиме печени визуализируются мелкие до 4-5-10мм округлой формы жидкостные образования, не накапливающие контраст после в-в усиления. Остальные участки печеночной паренхимы однородной структуры до (62ед.Н.) и после контрастирования (90Н.). Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь овальной формы с однородным содержимым. Желудок значительно уменьшен в объеме, с металлическими скрепками по краю. Поджелудочная железа с волнистыми контурами, дольчатость выражена. Структура железы однородная. Паренхима железы равномерно накапливает контраст. Размеры: головка 24мм, тело 15мм, хвост 17мм. Паранепкральная клетчатка обычной плотности. Селезенка с ровными контурами, не увеличена в размерах. Надпочечники обычной треугольной формы, с ровными контурами, однородной структуры, в размерах не увеличены. Почка расположена обычно, бобовидной формы, с ровными контурами, обычных размеров, однородной структуры. Паренхима почек неравномерно накапливает контраст, ЧЛК не расширен. Паранефральная клетчатка обычной плотности. Кишечник неравномерно контрастирован. Петли тонкой кишки интимно прилежат к передней брюшной стенке практически на всем протяжении. Слева в подреберной области есть признаки уклонения контраста за пределы кишечной трубки на переднюю брюшную стенку. В полости малого таза полей патологической денситометрии не выявлено. Заключение: Заключение: Гепатомегалия. Послеоперационные изменения в полости. Признаки тонкокишечного свища слева. Ограниченное скопление жидкости в области послеоперационного шва. Примечание: без снимка.

Фистулография от 02.06.2022 08:55. Описание: Исследование мало информативно! Проекционно, слева, на уровне L3 определяются тени металлических скобок. Под куполом диафрагмы (в просвете желудка и в просвете ободочной кишки - селезеночный изгиб) - воздух. Водорастворимое контрастное вещество, введенное через дренаж №1, стоящий на уровне Th12 поступает в ограниченную полость, размерами до 2,0"3,0 см, заполняя ее не туго, и сразу опорожняется на кожу и парадренажно? Через дренаж №2 контраст поступает в область селезеночного изгиба ободочной кишки, но явного заполнения и растекания по кишке контраста не получено (межкишечно, ограниченно). Затеков контраста в прилежащие органы, достоверно, не выявлено. Заключение: Исследование мало информативно! Проекционно, слева, на уровне L3 определяются тени металлических скобок. Под куполом диафрагмы (в просвете желудка и в просвете ободочной кишки - селезеночный изгиб) - воздух. Водорастворимое контрастное вещество, введенное через дренаж №1, стоящий на уровне Th12 поступает в ограниченную полость, размерами до 2,0"3,0 см, заполняя ее не туго, и сразу опорожняется на кожу и парадренажно? Через дренаж №2 контраст поступает в область селезеночного изгиба ободочной кишки, но явного заполнения и растекания по кишке контраста не получено (межкишечно, ограниченно). Затеков контраста в прилежащие органы, достоверно, не выявлено. ВидеокOLONOSКОПИЯ (ФКС) от 03.06.2022 10:33. Описание: Толстая кишка осмотрена до купола слепой кишки на 65 см. Баугиниева заслонка губовидной формы, слизистая розовая, устье ее сомкнуто, ориентировано в купол слепой кишки. Просвет слепой, восходящей, н-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки нормальный, гаустрация выражена и соответствует отделам толстой кишки, складки высокие, тонус кишечной стенки нормальный. Сосудистый рисунок четкий. Слизистая розовая, блестящая на всем протяжении. Просвет прямой кишки нормальный, слизистая розовая, сосудистый рисунок четкий. Подготовка адекватная («Boston-8») - в просвете кишки незначительное количество промывных вод с примесью кишечного содержимого (аспирация). В нисходящем отделе ободочной кишки в области левого изгиба - кишечный свищ д-ром 10 мм, с наличием грануляционных разрастаний (биопсия), с рубцовой деформацией. Из просвета свища в кишку поступает гноевидное содержимое. Заключение: Толстокишечный свищ нисходящего отдела ободочной кишки. Исследование пассажа сульфата бария по желудочно-кишечному тракту от 06.06.2022 12:49. Описание: Барий дан в 10.10. Через 5 мин- в желудке бария нет. Равномерно контрастированы начальные петли тощей кишки, расположены обычно, нормальной ширины, прослеживается рельеф слизистой обычного вида. Через 1час контрастированы дистальные отделы петель тощей кишки. Через 2часа контраст в дистальных отделах тощей кишки, частично заполнились петли подвздошной кишки - расположение петель в пределах нормы, сужений, расширений, затеков контраста за пределы кишки не определяется. Заключение: Состояние после субтотальной резекции желудка? (гастрэктомия?) Пассаж по тонкой кишке не нарушен. Затеков контраста за пределы кишки не выявлено. Р- грамма брюшной полости в 16.00, 21.00. 1этаж, 7р-кабинет. Исследование пассажа сульфата бария по желудочно-кишечному тракту от 06.06.2022 13:17. Описание: Через 1час контрастированы дистальные отделы петель тощей кишки. Заключение: Через 1час контрастированы дистальные отделы петель тощей кишки. Рентгенография брюшной полости от 06.06.2022 13:15. Описание: Через 2часа контраст в дистальных отделах тощей кишки, частично заполнились петли подвздошной кишки - расположение петель в пределах нормы, сужений, расширений, затеков контраста за пределы кишки не определяется. Заключение: Через 2часа контраст в дистальных отделах тощей кишки, частично заполнились петли подвздошной кишки - расположение петель в пределах нормы, сужений, расширений, затеков контраста за пределы кишки не определяется. Исследование пассажа сульфата бария по желудочно-кишечному тракту от 07.06.2022 08:41. Описание: Через 6 часов в терминальной петле подвздошной кишки остатки контраста, толстая кишка контрастирована до сигмовидной кишки. Положение петель толстой кишки обычное, гаустрация выражена до уровня селезеночного изгиба. Просвет нисходящей ободочной кишки сужен, гаустрация складжена. Достоверно, затека контраста за пределы нисходящего отдела ободочной кишки, не определяется. Заключение: Р- признаки нисходящего колита. Исследование пассажа сульфата бария по желудочно-кишечному тракту от 07.06.2022 08:52. Описание: Через 12 часов в просвете тонкой кишки- контраста нет. Неравномерно заполнена контрастом вся ободочная кишка, сигма, прямая кишка. Положение петель обычное, затека контраста за пределы кишки не выявлено. Заключение: Через 12 часов в просвете тонкой кишки- контраста нет. Неравномерно заполнена контрастом вся ободочная кишка, сигма, прямая кишка. Положение петель обычное, затека контраста за пределы кишки не выявлено. Исследование пассажа сульфата бария по желудочно-кишечному тракту от 07.06.2022 08:57. Описание: Через 24 часа полностью контрастирована толстая кишка. Сохраняется сужение просвета нисходящего отдела ободочной кишки. Затеков бария за пределы кишки, не определяется. Заключение: Пассаж бария по кишечнику не нарушен. Р- признаки нисходящего колита. ЭКГ 12 отведений со вдохом от 14.06.2022 13:32. Интервал PQ= 0,18" Комплекс QRS = 0,06" Интервал QT = 0,32" Интервал RR = 0,70" Ритм: Синусовый ритм с ч.с.с.85 Положение электрической оси сердца:

нормальное. Изменения миокарда: диффузного характера. Рентгенография грудной клетки в прямой проекции от 17.06.2022 19:57. Описание: "лёжа". Воздуха, жидкости в плевральных полостях не определяется. Легкие без инфильтративных и очаговых теней. Корни легких не расширены, структурные. Синусы расправлены. Сердечно-сосудистая тень не изменена. Конеч ЦВК в проекции верхней полой вены. Заключение: Без патологических изменений.

Компьютерная томография органов малого таза у женщины с контрастированием от 23.06.2022 06:41. Заключение: см. №4056.

Компьютерная томография органов верхнего этажа брюшной полости с контрастированием от 23.06.2022 07:10. Описание: Проведена нативная высокоразрешающая МСКТ органов верхнего и нижнего этажа брюшной полости с последующим внутривенным усилением (Ультравист 370-50 мл, реакция на контраст отсутствовала), с первичной коллимацией 64x20,6 мм, толщиной реформированных срезов 1,0-5,0 мм и последующим трехмерным анализом изображений в MPR, MIP и VRT реконструкциях. В заднем скате левой плевральной полости определяется скопление жидкостного содержимого (до 10 ед.Н.), толщиной до 19,5 мм. В брюшной полости, в правом боковом кармашке, и в малом тазу определяется незначительное количество жидкостного содержимого (до 10 ед.Н.), в брюшной полости, межкишечно, на уровне L3 позвонка справа, между восходящим отделом толстой кишки и тонкой кишкой, определяется ограниченное скопление содержимого (до 20 ед.Н.), размерами 27x25,7 мм, на фоне артефактов нельзя исключить включения газа. Печень с ровными контурами, не увеличена в размерах, однородной структуры (до контрастирования 50 ед.Н., после 90 ед.Н.), равномерно накапливает контраст. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Гепатихоледох визуализируется на всем протяжении, максимальным диаметром до 6 мм. Желчный пузырь овальной формы, с ровными контурами, стенка не утолщена, содержимое гомогенное. Поджелудочная железа с ровными волнистыми контурами, дольчатость не выражена, структура однородная (до контрастирования 45 ед.Н., после 80 ед.Н.), равномерно накапливает контраст. Размеры: головка 22 мм, тело 21 мм, хвост 20 мм. Вирсунгов проток не расширен. Паранеперальная клетчатка не инфильтрирована. Селезенка с ровными контурами, не увеличена в размерах, однородной структуры (до контрастирования 54 ед.Н., после 71 ед.Н.), равномерно накапливает контраст. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Надпочечники Y-образной формы, с ровными контурами, однородной структуры, в размерах не увеличены. Почки расположены обычно, бобовидной формы, с ровными контурами, обычных размеров, однородной структуры до и после контрастирования, чашечно-лоханочный комплекс не расширен. Паранефрий не изменен. Мочеточники прослежены на всем протяжении, не расширены. Мочевой пузырь расположен обычно, спавшийся. Кишечник законтрастирован частично (контраст в правой половине толстой кишки – затеков контраста не определяется), в области желудка, тонкой кишки и левой половине толстой кишки определяются множественные металлические клипсы, стенки кишки не утолщены. Жировая клетчатка брюшной полости не инфильтрирована. Под передней брюшной стенкой определяется сетка, над ней дренаж. Заключение: Левосторонний гидроторакс. Свободная жидкость в брюшной полости и малом тазу. Послеоперационные изменения брюшной полости, состояние после пластики передней брюшной стенки. Ограниченное скопление неоднородного содержимого межкишечно справа (межкишечный абсцесс?) Примечание: Без снимков, УЗИ органов брюшной полости (комплексное) от 30.06.2022 10:20. С анамнезом, данными МСКБ ознакомлен. Исследование проведено по стандартной методике: полипозиционно Затруднения при исследовании: осмотр затруднен из-за послеоперационных швов и повязок Описание: Свободная жидкость в брюшной полости: в нижних отделах небольшое количество - до 0,6 см. Заключение: Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

Течение болезни, операции: 16.06.2022 10:00 - 16.06.2022 13:10 - A16.18.002, A16.18.022 - Иссечение толстой кишки, частичное. Разобщение сращений при спаечной непроходимости. После обработки опер. поля р-м кожного антисептика (Йодопирон) под ЭТН выполнено иссечение кожного рубца со свищами. В брюшной полости выраженный спаечный, инфильтративный процесс (признаки третичного перитонита). С техническими трудностями последовательно выполнен тотальный энтеролитиз, при этом вскрыты множественные межкишечные абсцессы (бак посев). Установлено, что ЭОА расположен в 40 см от гастроэнтероанастомоза, отводящая петля перекручена на 360 градусов вокруг приводящей. При мобилизации левой половины толстой кишки выявлен наружный кишечный свищ сelenочного изгиба ободочной кишки. Выполнена резекция свищесущего сегмента кишки, концы заглушены. Брюшная полость санирована большим количеством водного раствора хлоргексидина. Последовательно выполнен гемостаз электрокоагуляцией. Контроль гемостаза – эффективен. Установлен дренаж под диафрагму слева два дренажа в малый таз с обеих сторон. Учитывая травматичный энтеролитиз, выраженную диффузную кровоточивость, в брюшную полость установлены 9 марлевых прооперированных тампонов. Кожа ушита. Ас. Повязка. Программированная релапаротомия через 24 часа.

M.H: 1. Левая половина толстой кишки со свищем; стенка межкишечного абсцесса;

28.06.2022 12:35 - 28.06.2022 12:55 - A16.30.025.002 - Удаление инородных тел в брюшной полости. После обработки операционного поля раствором кожного антисептика (Йодопирон) по схеме под ЭТН релапаротомия снятием швов. Эвакуирована силиконовая пластина. Сформированная лапаростома гранулирует, чистая. Санация раны раствором хлоргексидина. Кожа ушита после счета тампонов и инструментов. Ас. повязка. ;

17.06.2022 12:45 - 17.06.2022 13:55 - A16.19.019.007, A16.30.006.001, A16.17.011 - Резекция сигмовидной ободочной кишки внутрибрюшная с анастомозом конец-в-конец, Релапаротомия, Энтероэнтеростомия. После обработки операционного поля раствором кожного антисептика (Йодопирон) по схеме под ЭТН релапаротомия снятием швов. Удалены прооперированные тампоны. Далее выполнено разобщение ЭОА с последующей его реконструкцией по Ру. Сформирован трансверзосигмоанастомоз аппаратным швом. Выполнена назоинтестинальная интубация. Санация брюшной полости раствором хлоргексидина. Коррекция дренажей. Учитывая наличие умеренного отека кишечника выполнено ушивание кожи ушита на силиконовой мембране после счета тампонов и инструментов. Ас. повязка. ;

Консультации специалистов:

20.06.2022 08:55 Консультация физиотерапевта: Диагноз: Неполный сформированный наружный тостокишечный свищ.

Рекомендации:

«Рефтон ФС» Электростимуляция кишечника на два поля, РС- 5 минут на каждое, е/д, №3

22.06.2022 14:13 Повторная консультация физиотерапевта: Рекомендации: Электростимуляцию кишечника отменить. Протокол гистологического заключения № 20259. Заключение: 1. Стенки межкишечных абсцессов- 2 фрагмента серо-бурой ткани 1,3x0,9см. и 2,1x1x0,8см. Гистологически: (1-3) фрагменты грубоволокнистой соединительной и зрелой жировой ткани с очагами казеозного некроза, перифокальной лимфо-эпителиоидноклеточной реакцией с наличием гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса.

2. 2 фрагмента кожи с ПЖК 8,5x2,5x4см. и 19x3,5x4см., на разрезе со свищевыми ходами. Гистологически: (4-6) кожа, в дерме и жировой клетчатке свищевые ходы, представленные грануляционной и новообразованной соединительной тканью с полиморфно-клеточной воспалительной инфильтрацией, местами определяются инородные тела (шовный материал) с наличием гигантских многоядерных клеток типа инородных тел, очаговые кровоизлияния, очаги казеозного некроза с перифокальной лимфо-эпителиоидноклеточной реакцией, наличием гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса.

3. Фрагмент толстой кишки длиной 16см., края резекции заглужены, на 9 см. от одного из краев резекции определяется дефект стенки 1x0,5см., в остальных отделах слизистая оболочка серая, складчатая, параколярная клетчатка серо-бурого цвета, с кровоизлияниями, л/у достоверно не определяются. Гистологически: (7-14) стенка толстой кишки, в краях резекции, в субсерозных отделах очагово определяется хроническое продуктивное активное воспаление; (9-10- дефект стенки кишки) стенка толстой кишки с хроническим активным продуктивным воспалением, наличием очага казеозного некроза с перифокальной лимфо-эпителиоидноклеточной реакцией, единичными многоядерными клетками типа Пирогова-Лангханса, очаговыми кровоизлияниями; в параколярной клетчатке очаги казеозного некроза с перифокальной лимфо-эпителиоидноклеточной реакцией с наличием гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса, единичный лимфатический узел с очагами казеозного некроза, перифокальной лимфо-эпителиоидноклеточной реакцией с наличием гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса, при окраске по методу Циль-Нильсена МБ(+). Заключение: Кожные свищи. Кишечный свищ. Гранулематозно-некротическое воспаление. МБ(+). Больше данных за туберкулез.

Проведенное лечение: Т. Омепразол 20 мгх2р.день. Глюкоза 5%-400,0 + KCL 10%-30,0 + MgSO4-3,0 + Инсулин 4 ед в/в, Р-р рингера 400,0 в/в, Р. Прозерина 0,5 х 3р/д п/к, Меропенем 1г + физ. р-р 100,0 х 3р/д в/в, р. Кетопрофена 2,0 х 2р/д в/м. Надпропарина Кальция 0,3

Методы лечения, примененные в ОАП: ОАП №3 : Трансфузионная терапия: Да. Рецифузия крови: нет. Часов использования ЦБК: 144. Часов ИВЛ: 24.

Лабораторные анализы:

ОАК от 27.05.2022 09:52: лейкоциты - $8,31 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы - 75,2%, лимфоциты - 17,4%, моноциты - 4,9%, эозинофилы - 1,1%, базофилы - 1,4%, эритроциты - $4,75 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 141,00г/л, тромбоциты - $371,00 \times 10^9/\text{л}$

ОАК от 03.07.2022 06:16: лейкоциты - $5,10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы - 58,4%, лимфоциты - 28,1%, моноциты - 7,0%, эозинофилы - 5,9%, базофилы - 0,6%, эритроциты - $3,57 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 99г/л, тромбоциты - $381 \times 10^9/\text{л}$

Б/Х от 27.05.2022 10:46: Общий белок - 70,20 г/л, Об.билирубин - 3,70 мкмоль/л, Пр.билирубин - 1,63 мкмоль/л, Глюкоза - 5,53 ммоль/л, Креатинин - 77,6 мкмоль/л, Мочевина - 3,77 ммоль/л, АЛТ - 26,600 МЕ/л, АСТ - 39,20 МЕ/л, Амилаза - 48,00 МЕ/л;

Б/Х от 30.06.2022 11:31: Общий белок - 67 г/л, Об.билирубин - 7,1 мкмоль/л, Глюкоза - 4,4 ммоль/л, Креатинин - 50 мкмоль/л, Мочевина - 3,7 ммоль/л, АЛТ - 13 МЕ/л, АСТ - 17 МЕ/л, Амилаза - 87 МЕ/л;

ОАМ от 27.05.2022 10:15: Цвет - Светло-желтый, Прозрачность - Прозрачная, Относительная плотность - 1,030, pH - 5,0, Лейкоциты - 4 в п/зр, Плоский эпителий - 22 в п/зр, Бактерии кокки - Единично в п/зр, Бактерии палочки - Единично в п/зр;

Липидограмма от 27.06.2022 13:17: общий холестерин - 3,8 ммоль/л;

Липидограмма от 30.06.2022 11:31: общий холестерин - 4,2 ммоль/л;

Коагулограмма от 27.05.2022 10:31: ПТВ - 14,20 с, процент протромбина по Квику - 67,20 %, МНО - 1,20, фибриноген - 5,00 г/л;

Коагулограмма от 21.06.2022 07:38: АПТВ - 39,00 с, ПТВ - 14,80 с, процент протромбина по Квику - 61,50 %, МНО - 1,30, фибриноген - 6,00 г/л;

Гормоны от 20.06.2022 14:14: Прокальцитонин - 4,1 нг/мл;

Анализ от 27.05.2022 10:04: Резус принадлежность - rh-(отрицательный), Группа крови - В(III) альфа;

Анализ от 17.06.2022 08:35: Антитела системы Резус - не выявлены, Антигены эритроцитов - eeddee;

Посев абсцессов: 19.06.2022 19:38:31 (содержимое абсцессов) - Staphylococcus aureus (конц. 10^2); Оксициллин - чувствителен, Тетрациклин - чувствителен, Эритромицин - чувствителен, Клиндамицин - чувствителен, Хлорамфеникол - чувствителен, Цефокситин - чувствителен, Левофлоксацин - умеренно чувствителен, Линезолид - чувствителен; Чувствительность стафилококков к цефалоспорином оценивается на основании чувствительности к цефокситину(исключение: цефтазидим, цефоперазон/сульбактам, цефиксим;-которые не используются для терапии стафилококковых инфекций)

Посев раневого/гнойного отделяемого (расширенное): 18.06.2022 20:19:54 (Раневое отделяемое) - Аэробная, факультативно-анаэробная микрофлора не обнаружена 21.06.2022 14:18:13 (Раневое отделяемое) - Грибы рода кандиды не обнаружены

Состояние при выписке: удовлетворительное

7. Планируемый результат госпитализации: выздоровление - достигнут

8. Лечебные и трудовые рекомендации:

- Наблюдение хирурга по месту жительства.
- Продолжить лечение в ИОПТБ
- Явка на прием к хирургу 05.07.2022г

- Ограничение физической нагрузки 3 месяца.
- Ношение бандажа 2 месяца.
- Удалить швы 08.07.2022г.

9. Листок нетрудоспособности В выдаче листка нетрудоспособности не нуждается

Я, Жданова Виктория Владимировна, ознакомлен(а) с информацией указанной в выписном эпикризе. Со мной в доступной форме проведена беседа о течении моего заболевания, необходимости выполнения всех рекомендаций после выписки из стационара. Я задал(а) интересующие меня вопросы, касающиеся режима дня, диеты, состояния моего здоровья, медикаментозных препаратов лечащему врачу Мовсисян М. О. и получил(а) на них понятные ответы в полном объеме.

Подпись _____

Лечащий врач: _____

Мовсисян М. О.

Зав. отделением: _____

Новожилов А.В.

Дата 04.07.2022

№ тел. 8 (3952) 40-76-65

E-mail: iokb@iokb.ru

Выписка из МКСБ загружена в РМИС, рекомендован активный патронаж пациента, информация по защищенному каналу связи отправлена на email МО по месту прикрепления пациента.



Уважаемый пациент, Вы можете принять участие в независимой оценке качества условий оказания медицинских услуг в ГБУЗ «ИОКБ» на официальном сайте <http://www.iokb.ru> или посредством QR-кода ⇒

