

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ	Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма № 027/У
Республика Мордовия г. Саранск, ул. Ульянова, 32 ГБУЗ «Республиканская клиническая больница №4» 1-е хирургическое отделение	Утверждено Минздравом СССР 04.10.80 № 1030

**ВЫПИСКА**

из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного  
(нужное подчеркнуть)

**В поликлинику по месту жительства**

наименование и адрес учреждения, куда направляется выписка

- Фамилия, имя и отчество больного: *Дудников Александр Владимирович*
- Дата рождения: *21.10.1981 г.*
- Домашний адрес: *Республика Мордовия, Большеберезниковский р-он, Б. Березники, Октябрьская, д. 19*
- Место работы и род занятий: *ГБУЗ РМ Комсомольская МБ*
- Даты: а) по амбулатории: заболевания  
направления в стационар  
б) по стационару: заболевания: *05.09.2016 г.*  
выбытия: *30.09.2016 г.*
- ДИАГНОЗ:** Острый панкреатит тяжелой степени. Паранепанкреатический инфильтрат. Левосторонний реактивный экссудативный плеврит.
- Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке:  
Находился на стационарном лечении в ГБУЗ РМ «РКБ№4». Поступил по экстренным показаниям с жалобами на боли в эпигастрии и левом подреберье, тошноту, слабость. Со слов больного впервые приступ подобной боли возник в феврале 2016 г. С тех пор постоянно находится на больничном листе, проходил стационарное лечение с диагнозом «острый панкреатит». В связи с ухудшением состояния обратился в РКБ №4.  
Обследован в стационаре + догоспитальные исследования:  
Общий анализ крови от 5.09.2016 г.: гемоглобин - 142 г/л, лейкоциты -  $13,3 \cdot 10^9$ /л, эритроциты -  $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит — 44%.  
Общий анализ мочи от 5.09.2016 г.: цвет - желтый, мутная, белок - 0 мг/л, лейкоциты 1-2 в п/зр, эпител. 1-2 в п/зр, эр-0 в п/зр, т.д.астаза — 256 Ед.  
*Биохимический анализ крови 5.09.2016 г.: Билирубин общий — 7,3 мкмоль/л (прямой) - 2,8 непрямой - 4,5 мкмоль/л), АСТ—27 Ед/л, АЛТ—59 Ед/л, сахар крови—4,58 ммоль/л, креатинин—107, мочевины 7,3, общий белок—81,5.*  
*Гликемический профиль от 13.09.2016: 7.00—3,7 ммоль/л, 13.00—3,2 ммоль/л, 17.00—9,2 ммоль/л, 22.00—11,6 ммоль/л*  
*Коагулограмма от 5.09.2016 г: ПТИ—83%, фибриноген—3750, МНО 1,2*  
На ЭГДС от 23.08.2016 г: Эрозивный геморрагический гастрит.  
На УЗИ от 5.09.2016 г: Диффузные изменения в структуре печени. Увеличенный желчный пузырь с билиарным сладжем. Острый панкреатит с преимущественным поражением хвоста железы. Паранепанкреатит. Паранепанкреатит. Острое жидкостное скопление в воротах селезенки.  
КТ органов грудной клетки от 19.07.2016 г: КТ-признаки двухсторонней полисегментарной плевроневмонии, левостороннего экссудативного плеврита, гиперплазия лимфоузлов средостения.  
КТ органов брюшной полости от 19.07.2016 г: КТ-признаки острого деструктивного панкреатита с формированием паранепанкреатической кисты в области хвоста, гиперплазии эпигастральных паранепанкреатических лимфатических узлов.  
Выставлен клинический диагноз «Острый панкреатит. Паранепанкреатический инфильтрат.  
Назначена консервативная терапия. — Блокада секреции желудка (омепразол по 1 капсуле x 2 раза в день, квамател 0,20 x 2 раза в день), блокада протексолитической активности поджелудочной железы (октреатид по 0,01 x 3 раза в день), спазмолитическая терапия (платифиллин 0,2% - 1мл x 2 раза в день, атропин 0,1% - 1 мл x 1 раз в день вечером с целью уменьшения давления в 12 перстной кишке, папаверин 2% - 2 мл x 2 раза в день), противовоспалительная терапия (дексаметазон 8 мг x 2 раза в день), антибактериальная терапия (ципрофлоксацин 100 мл x 2 раза в день), прокинетики (метоклопрамид), линекс по 1 x 3 раза в день, с целью улучшения репарации слизистой ЖКТ — далагитин 2 ампулы x 1 раз в день. В начале лечения состояние больного значительно улучшилось, по данным контрольного УЗИ практически наступил регресс паранепанкреатита и паранепанкреатита, но 12.09.2016 г состояние ухудшилось, усилились боли в животе, по данным УЗИ от 12.09.2016 г: Паранепанкреатит слева вновь увеличился, появилась жидкость в брюшной полости в большом количестве и плевральных полостях.  
13.09.2016 под контролем УЗИ выполнено чрезвычайное дренирование брюшной полости ПВХ катетером 3 мм. *Получена геморрагическая жидкость с высоким содержанием белка, нейтрофилов, эритроцитов, диастазы до 2048 Ед. Роста микроорганизмов не получено.*  
Для дальнейшего лечения в связи с нестабильной гемодинамикой боной переведен в реанимационное отделение.

В реанимационном отделении лечение усилено инфузионной терапией коллоидных растворов с форсированным диурезом, заместительной терапией СЗП и альбумином 10% с целью повышения онкотического давления, усилена антибактериальная терапия (амоксиклав, метронидазол).

Контроль за эффективностью лечения осуществлялся по результатам ежедневного физического обследования, анализов крови, мочи и УЗИ. При выполнении МРТ от 19.09.2016 обнаружены разрозненные небольшие жидкостные скопления в брыжке ободочной кишки слева и отек паранефральной клетчатки справа. На фоне интенсивной терапии состояние больного значительно улучшилось, отделяемое из брюшной полости прекратилось, дренаж удален.

На очередном контрольном УЗИ от 27.09.2016 г: Парапанкреатит и параколит регрессировали, жидкости в брюшной полости нет, жидкости в плевральных полостях нет. В воротах селезенки сохраняется инфильтрат и жидкостное образование 33x35 мм.

*Контрольные анализы:*

Общий анализ крови от 28.09.2016 г.: гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты -  $9,0 \cdot 10^9$ /л, эритроциты -  $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит — 37%, СОЭ — 55 мм/ч, свертываемость 8 мин, кровоточивость 30 сек.

Общий анализ мочи от 28.09.2016 г.: цвет - желтый, мутная, белок - 0 мг/л, лейкоциты 0-1 в п/зр., эпителий - 0-1 в п/зр, эр- 0 в п/зр, диастаза — 64 Ед.

Биохимический анализ крови 28.09.2016 г.: Билирубин общий — 18,67 мкмоль/л (прямой) - 11,10 непрямой - 7,6 мкмоль/л, АСТ—27 Ед/л, АЛТ—29 Ед/л, сахар крови — 4,59 ммоль/л, креатинин — 57, мочевины 3,1, общий белок — 70 г/л.

*Выписывается из стационара в поликлинику по месту жительства под наблюдение хирурга.*

Лечебные и трудовые рекомендации:

- Соблюдение диеты.
- Дробное питание до 4 раз в день.
- Заместительная ферментная терапия креоном по 25000 x 3 раза в день.
- Гастропротективная терапия — омепразол 0,20 x 2 раза в день, 14 дней.
- Введение октреотида по 0,01% - 1 раз в неделю.
- Контрольное УЗИ исследование через 14 дней.

«30» сентября 2016 г.



Лечащий врач: Миллер А.А.  
Зав отделением Ключев В.И.

**ГАУЗ РМ «Республиканский консультативно-диагностический  
центр»  
Кабинет рентгеновской мультиспиральной компьютерной  
томографии**

г.Саранск, ул. Ульянова, 30А

**Пациент:** Дудников АВ 1981

**Дата исследования:** 16.08.16

**Область исследования:** Органы грудной полости

ЭЭД - 2800мкзв

В нижних долях с обеих сторон груботяжистый легочный рисунок, слева по ходу бронхов и сосудов инфильтрация патологической ткани. В плевральных полостях с обеих сторон небольшое количество жидкости. Трахея и центральные бронхи свободны. Корни структурные. Органы средостения расположены обычно, сердце не расширено, аорта в пределах нормы. Парааортально и претрахеально лимфоузлы, более крупный 11\*4мм. Деструктивных изменений в костях не выявлено.

В брюшной полости около желудка множественные увеличенные лимфоузлы. В печени на уровне сканирования очагов не выявлено.

**Заключение:** Двусторонняя пневмония в фазе разрешения? Мтс в легкие:

Врач: 

**Республиканский консультативно-диагностический центр  
Кабинет рентгеновской спиральной компьютерной  
—томографии**

г Саранск, ул. Ульянова, 30А

" " "ТО: Дудников А.В.

**Возраст:** 1981г

**Дата исследований:** 17. UKWTS

**Пбчасть исследования:** органы брюшной полости+брюшное  
контрастирование Оптирей 350- 50,0

Плотность паренхимы печени равномерно снижена. После введения контрастного вещества участковатологического накопления контраста в г -ночи не выявлено. Плотностные характеристики печени снижены. Внутривенночные желчные протоки не расширены. Вертикальный размер правой доли печени 156мм, левой доли 60мм.

Желчный пузырь не расширен, не деформирован. Стенка пузыря накапливает паст. R контрастных конкрементов не выявлено.

Селезенка расположена обычно, имеет четкие, ровные контуры, не увеличена в размерах, паренхима однородная.

Поджелудочная железа имеет мелковолнистый контур, уплотнена, в области определяется подпечное неоднородное образование (с наличием тип- и гиперденсивных включений), размером 46x52x56 мм. Образование имеет неравномерно-утолщенную капсулу с наличием солидных компонентов копящих контраст. Передне-задний размер: тело- 22мм, головка — 22мм.

Г утрипанкреатическая часть холедоха не расширена. Холедоха не расширен 5,5мм. Перипанкреатическая-клетчатка тяжистая, бесструктурная.

Надпочечники расположены типично, в размерах не увеличены.

Почки расположены типично, в размерах не увеличены. Паренхима почек сохранена. Чашечно-лоханочный комплекс почек расширен и деформирован.

Стенка желудка по большой кривизне неравномерно утолщена до 30 мм с наличием гиподенсивных «включений», периферически клетчатка тяжистая с наличием множественных ЛУ, размером до 15x14 мм. Видны группы парааортальных и р. лавальных ЛУ, размером до 8x5мм.

**Заключение:** КТ картина жировой инфильтрации печени и поджелудочной железы. Кистозное образование хвоста поджелудочной - «чы. КТ-картина хр. холецистита, хр. пиелонефрита. На основании КТ-картины нельзя исключить Сг желудка с тис ЛУ.

Рекомендовано МСКТ в динамике, консультация онколога, ФГС.

ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер»

РМ г. Саранск, ул. Ульянова, 30

*КАБИНЕТ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ*

*КТ-исследование грудной клетки*

Дата исследования:	19.07.2016.
Ф.И.О., возраст	Дудников А.В. 1981 г.р.

Грудная клетка правильной формы, симметрична.

Прозрачность паренхимы легких снижена за счет пневмофиброза, плевральных наслоений.

Прозрачность паренхимы нижней доли левого легкого и S6, S10 правого легкого долей снижена за счет неомогенной инфильтрации легочной ткани.

Бронхи 1-3 порядка проходимы, не деформированы. Корни не расширены, структурны.

Сосудистый рисунок легких усилен.

Сердечно-сосудистый пучок не расширен. Аорта и венечные сосуды склерозированы.

Диафрагма обычно расположена, купола деформированы спайками. В левой плевральной полости небольшое количество жидкости ( в заднем синусе).

Клетчатка средостения уплотнена, единичные л/у до 14,1x4,0мм.

Периферические л/у не увеличены.

В грудном отделе позвоночника выраженные дегенеративно-дистрофические изменения.

Заключение: КТ-признаки двусторонней полисегментарной плевропневмонии, левостороннего экссудативного плеврита, гиперплазии л/узлов средостения.

Подпись врача:



