#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 993

##### Ф.И.О: Тимофеев Олег Николаевич

Год рождения: 1971

Место жительства: Г-Польский р-н, ул. Южная 17

Место работы: н/р, инв Шгр.

Находился на лечении с 12.08.14 по 26.08.14 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Энцефалопатия сочетанного генеза 1 ст. Цереброастенический с-м, Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Посткатетеризационный цистит. Макрогематурия. Подковообразная почка. Цирроз печени, невирусного генеза класс «В» по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия, ВРВП Ш. Кровотечение из ВРВП 06.07.14. ПКН 1-IIст. Хронический панкреатит с нарушением внутри и внешнесекреторной функции железы. Метаболическая кардиомиопатия СН IIA. Ф.К II. Гипертоническая болезнь. Хр. постгеморрагическая анемия, средней степени в сочетании с тромбоцитопенией потребления. СПО: вскрытие постинъекционного абсцесса правой ягодичной области, фурункула плечелопаточной области. «Застойная» двухсторонняя очаговая нижнедолевая пневмония. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 10 кг за 3 мес, повышение АД макс. до 140/80мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость отеки н/к, раны н/к с серозным отделяемым.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. До госпитализации получал: Новомикс 34-36. п/у- 24-26ед. сиофор 1000 2р\д. Гликемия –4,2-8,3 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 09.2013г. Состояние больного ухудшилось 30.07.14 когда поступил в ОИТ ЦРБ с клиникой желудочно кишечного кровотечения. 03.08.14 переведен в ЗОКБ в хир/отд., ОАИТ, где проведено лечение. ФГДЭС 05.08.14: «Эрозивный гастродуоденит. Деформация луковицы 12п/к. Дуоденогастральный рефлюкс». 12.08.14 госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.08.14 Общ. ан. крови Нв –80 г/л эритр – 2,6 лейк –5,1 СОЭ –13 мм/час тромб - 130

э- 0% п-3 % с- 59% л- 35 % м-3 %

13.08.14 тромб – 180,0

14.08.14 Общ. ан. крови Нв –80 г/л эритр – 2,5 тромб – 190

15.08.14 тромб – 230

25.08.14 Общ. ан. крови Нв – 87 г/л эритр – 2,7 лейк –3,6 СОЭ – 16 мм/час тромб 230

э- 1% п- 1% с- 49% л- 44% м- 5%

25.08.14 Биохимия: хол – 2,5 мочевина – 3,7 креатинин – 99,6 бил общ –9,6 бил пр – 2,4 тим – 5,1 АСТ – 0,26 АЛТ –0,19 ммоль/л; бил общ – 61 г/л.

12.07.14 амилаза – 10,5ед/л

25.07.14 амилаза – 14,5 ед/л

13.08.14 К – 3,1 ммоль/л

25.08.14 К – 3,4 ммоль/л

12.08.14 Гемогл –80 ; гематокр –0,26 ; общ. белок –50 г/л;

25.08.14 Коагулограмма: вр. сверт. –4 мин.; ПТИ – 75 %; фибр –2,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –88 %; св. гепарин – 8\*10-4.

14.08.14 Проба Реберга: Д- 3,9л, d- 2,7мл/мин., S-2,6 кв.м, креатинин крови-97,9 мкмоль/л; креатинин мочи- 3535 мкмоль/л; КФ-70,1 мл/мин; КР- 96,1 %

### 12.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1000 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

13.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3000 эритр - 631250 белок – 0,050

26.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко эритр – густо на все п/зр белок – 0,306

20.08.14 Кал на скрытую кровь - (положит)++

14.08.14 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – 0,043

23.08.14 Бак посев мочи – прилагается

23.08.14 Бак посев из раны – прилагается

26.08.14 тропонин -отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 12.08 |  | 6,3 | 6,5 | 4,2 | 5,3 |
| 13.08 | 5,0 | 3,6 | 6,2 | 4,7 | 5,6 |
| 14.08 | 5,3 | 4,8 | 5,7 | 6,2 |  |
| 21.08 | 5,7 | 4,5 | 4,9 | 6,6 |  |
| 25.08 | 4,6 | 5,4 | 6,1 | 7,3 |  |

18.08Невропатолог: Энцефалопатия сочетанного генеза 1 ст. Цереброастенический с-м, Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст.

13.08Окулист: осмотр в ОИТ

ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.08.14ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Нарушение коронарного кровообращения перегородочной области. Отрицательный зубец Т V1-V3.

15.08.14 На р-гр ОГК: н/отд с обеих сторон обогащение рисунка и единичные очаговые тени, корни малоструктурны, сердце – увеличены левые отделы. Закл: двухсторонняя очаговая пневмония в н/отд.

21.08.14 На р-гр ОГК: В легких с положительной динамикой. Инфильтрации нет. Сердце – увеличен левый желудочек.

13.08.14 Гематолог: Хр. постгеморрагическая анемия, средней степени в сочетании с тромбоцитопенией потребления.

22.08.14 зав отд. гастроэнтерологии ЗОКБ Данильченко Л.П.: Цирроз печени невирусного генеза класс «В» по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия ВРВП Ш. Кровотечение из ВРВП 06.07.14 постгеморрагическая анемия II cт. ПКН 1-IIст. Хронический панкреатит с нарушением внутри и внешнесекреторной функции железы.

15.08.14, 22.08.14осмотр хирурга

15.08.14 Пульмонолог: Застойная» двухсторонняя очаговая нижнедолевая пневмония.

22.08.14 Нефролог: По данным КТ имеется АР МВС – подковообразная почка.

19.08.14 Уролог: Посткатетеризационный цистит. Макрогематурия.

Лечение: рантак, фуросемид, новомикс, КСL, лацидм, клатинол, лазолван, солкосерил, тималин, винилин, масло облепихи, альмагель, ферумлек, зацеф, гептрал, креол, линекс, фуромаг, гепарин, цефтриаксон, Витамин В 12, эссенциале, лефлоцин, этамзилат, перевязки ран с левомиколь, Н2О2, метрогил,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, больной для дальнейшего лечения переводится в гастроэнтерологическое отд. ЗОКБ. АД 110/60 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новомикс п/з-8 ед.,

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. нефролога: предоставить КТ графию с описанием.
4. Рек уролога: продолжить зацеф метрагил, фуромаг 1к 3р\д до 14 дней. Повторный осмотр после получения бак посева.
5. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д.
6. Рек гематолога: тардиферон 1т./д. утр. 2 мес.
7. Рек. гастроэнтеролога: плановая госпитализация стол №5, режим питания, креон 25тыс 1т 3р\д, эссенциале 2е 3р/д, золопент 40 мг 2р\д
8. Рек хирурга: перевязки ран на плече-лопаточной обл. пантестином, на ягодичной обл мазь Вишневского.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.