#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 781

##### Ф.И.О: Хмара Прасковья Федоровна

Год рождения: 1927

Место жительства: г. Запорожье ул. Автозаводская 54/68

Место работы: пенсионер уд. УБДП-Ш № 153000

Находился на лечении с 27.06.16 по 15.07.16 в энд. отд. (ОИТ)

Диагноз: Нарушение гликемии натощак. Зрелая катаракта ОД. Начальная катаракта OS. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, выраженный цереброастенический с-м, с-м умеренной вестибулопатии. Двустороння н/долевая пневмония, застойного характера. ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. диффузный кардиосклероз. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Полная блокада ПНПГ. СН II А. ф. кл II. Хронический пиелонефрит, обострение. Ожирение II ст. (ИМТ 38 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение ,сухой кашель, боли в поясничной области, общую слабость, утомляемость, выраженная одышка.

Краткий анамнез: Повышение гликемии выявлено 04.2016 (во время стац. лечения в терап. отд по м/ж по поводу гипертонической болезни, ТИА). С 19.04.16-04.05.16 стац лечение в ОКЭД выписана с диагнозом «Симптоматическая гипергликемия», рекомендовано соблюдение режима диетотерапии, стол № 9. Ухудшение состояния в течении 2 недель когда начала нарастать одышка, общая слабость, сухость во рту, появился сухой кашель. Гликемия амбулаторно 8,0 ммоль/л. На р-гр ОГК справа в н/доле признаки правосторонней н/долевой пневмонии. Повышение АД в течение 5 лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации углеводного обмена, лечение сопутствующей патологии н/долевая правостороння пневмония.

Данные лабораторных исследований.

27.06.16 Общ. ан. крови Нв –126 г/л эритр –3,8 лейк –8,1 СОЭ –6 мм/час

э- 0% п-2 % с- 77% л- 19% м- 2%

08.07.16 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр –4,4 лейк – 5,1 СОЭ – 4 мм/час

э- 2% п- 1% с- 54% л- 34% м- 9%

27.07.16 Биохимия: хол –3,3 мочевина –7,4 креатинин – 140 бил общ – 50,8 бил пр – 19,0 тим – 3,9 АСТ –1,09 АЛТ – 1,7 ммоль/л;

28.04.16 бил общ – 44,0 бил пр – 17,8 тим – 3,37 АСТ 0,56 АЛТ 1,2

30.04.16 бил бщ – 25,4 бил пр – 11,4 АСТ 0,7 АЛТ 1,39

01.07.16 бил общ – 22,3бил пр – 12,9 АСТ 0,9 АЛТ 1,45

03.07.16 бил общ – 21,4 бил пр – 5,2 тим – 3,4 АСТ 0,57 АЛТ 0,75

11.07.16 бил общ – 20,6 бил пр – 10,8 тим 1,0 АСТ – 0,2 АЛТ 0,3

12.09.16 креатинин 98 СКФ -50,3

24.06.16 Амилаза – 34,3 ( 0-90)

27.06.16 Анализ крови на RW- отр

27.06.16 Гемогл – 126; гематокр –0,42 ; общ. белок – 61,2 г/л; К – 3,6 ; Nа –131 ммоль/л

02.07.16 К – 4,4 ммоль/л

05.07.16 К – 4,7ммоль/л

07.07.16 К – 5,0 ммоль/л

12.07.16 К – 4,15 ммоль/л

15.07.16 МНО-1,76,ПТИ-60

27.066.16 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 68,2 %; фибр – 2,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 82%; св. гепарин – 12\*10-4

01.07.16 ПТИ – 79,0%

03.07.16 Коагулограмма: вр. сверт. –10 мин.; ПТИ – 100 %; фибр –3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ –85 %; св. гепарин – 10\*-10

09.07.16 МНО – 1,4

11.07.16 МНО – 1,2

13.07.16 Коагулограмма: вр. сверт. – 9 мин.; ПТИ – 71,4 %; фибр – 3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 79%; св. гепарин – 14

### 27.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

28.06.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 122500 эритр - 1000 белок – отр

05.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -85000 эритр -35000 белок – 0,057

11.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6500 эритр - белок – отр

ОГТТ с 75 гр глюкозы натощак – 2,0 ч/з 1 час – 4,1 ч/з 2 часа 6,1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.06 |  |  | 8,3 |  |  |

29.06.12Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, цереброастенический с-м. С-м умеренной вестибулопатии.

30.06.16Окулист:Негомогенное интенсивное помутнение в хрусталике ОД. Гл. дно ОД не офтальмоскопируется. Начальные помутнения в хрусталике OS. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Ангиосклероз, с-м салюс 1-II. вены нормального калибра, сосуды умеренно извиты. Хориосклероз. Д-з: Почти зрелая катаракта ОД. Начальная катаракта OS.

29.06.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий,.. Эл. ось резко отклонена влево. Полная блокада ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Удлинение эл. систолы. Дистрофические изменения миокарда (гипокалиемия?).

04.07.16ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий, Эл. ось отклонена влево. Полная блокада ЛНПГ. Желудочковая экстрасистолия.

05.07.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий, желудочковая экстрасистолия. Эл. ось отклонена влево. Полная блокада ЛНПГ.

12.07.16 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм фибрилляция предсердий, желудочковая экстрасистолия, политопная, периодами парная. Эл. Ось резко отклонена влево. Полная блокада ЛНПГ.

04.07.16 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. диффузный кардиосклероз. ПФФП. полная блокада ПНПГ. СН II А. ф. кл II. .

13.07.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл постоянная форма фибрилляций предсердий полная блокада ПНПГ. СН II А. ф. кл II.

30.06.16 Пульмонолог Н/долевая пневмония справа, возможно застойная ЛН 0-1.

04.07.16 Пульмонолог: Двухсторонняя н/долевая пневмония застойного характера.

14.07.16Пульмонолог: клинически и рентгенологически пневмония разрешилась.

27.06.16 На р- гр ОГК справа в н/доле снижена воздушность легочной ткани за счет наличия инфильтрации. Корень расширен вероятнее всего за счет увеличенных лимфоузлов. Слева без особенностей. Синусы свободны. Органы средостения увеличен левый желудочек. Правостороння н/долевая пневмония.

04.07.16 Р-скопия ОГК: на р-грамме отрицательная динамика с обеих сторон в н/долях снижена воздушность легочной ткани за счет наличия инфильтрации, корни расширены, малоструктурны. Синусы свободны. Органы средостения: увеличен левый желудочек. Двустороння н/долевая пневмония застойного характера.

11.07.16 НА р- р-гр ОГК положительная динамка с обеих сторон в н/доле обогащен легочной рисунок, корни фиброзно изменены, синусы свободны. Органы средостения: увеличен левый желудочек.

30.06.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; кисты тела поджелудочной железы, фиброзирования поджелудочной железы.

Лечение: Ксантинол, цефтриаксон, гепарин, линекс, дигоксин, варфарин, торсид, предуктал MR, лесфаль, аспаркам, фуросемид, муколван, левофлоксацин, СКК, трифас, дарсил, цефепим, аритмил, каптоприл, кардарон, тималин цефипим,

Состояние больного при выписке: на фоне соблюдения диетотерапии нормализовались показатели гликемии. Уменьшились ощущение перебоев в сердечной деятельности, отмечается положительная динамика клинически и рентгенологически пневмония разрешилась. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС ≈74 уд/мин. Сохраняется нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, пульмонолога по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 5 мг) с контролем липидограммы.
4. Рек. кардиолога: варфарин 3 мг 1р\д.или добигартран 110 мг 2 р /день Контроль МНО 1р в 4-7 дней. трифас 5 мг 1р\д -1 нед предуктал MR 1т 2р\д, дигоксин 250 мг ¼ т 1р\д Контроль АД, ЭКГ.
5. Рек пульмонолога: лечение основного заболевания, наблюдение кардиолога, амброксол 30 г 1т 3р\д 10 дней.
6. Конс. гастроэнтеролога, хирурга по м\ж ( по данным УЗИ ОБП)
7. Рек. окулиста: ФЭК + ИОЛ на ОД.
8. Канефрон по 2 табл 3 р/день -1мес.Контроль анализа мочи по Нечипоренко в динамике.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.