#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 832

##### Ф.И.О: Лучко Татьяна Мироновна

Год рождения: 1951

Место жительства: Ореховский р-н, с. Малая Токмачка ,ул. Мира 144

Место работы: пенсионер.

Находилась на лечении (в ОИТ) с 06.06.17 по 12.06.17 диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП IV ст. Гипертензивная нефропатия, хр. пиелонефрит в ст обострения. Анемия. Начальная катаракта ОИ. ИБС, стенокардия напряжения, III ф.кл. диффузный кардиосклероз. Аортальный порок сердца (стеноз). СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисметаболическая энцефалопатия I-II. цереброастенический с-м, цефалгический с-м. ПХЕС: хр. панкреатит с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы в ст. нестойкой ремиссии. Спаечная болезнь.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за 2 нед., ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., отмечает понижение АД до 110/60 в течение последних 2 нед. выраженную слабость, периодически давящие боли в области сердца, одышку при физ нагрузке, болезненность при мочеиспускании, отмечает недержание мочи с 2013.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г во время стац. лечения в х/о по поводу ЖКБ. С начала заболевания в послеоперационном периоде получала инсулинотерапию. В последующем принимала Диабетон MR 1т утром. периодически самостоятельно увеличивала до 2т. Гликемия –8,0-24 ммоль/л. Комы отрицает. Повышение АД в течение 5 лет, гипотензиные не принимает.06.06.17 обратилась в обл кардиодиспансер с жалобами на отдышку затруднение дыхания. После дообследования ( ЭКОКС, ЭКГ, ОАК, биохимия) в связи с гипергликемией 37,6 ммоль/л, направлена на ургентную госпитализация в эндокриндиспансер. Глюкоза крови 06.06.17 37,6 ммоль/л ацетон мочи – отр. Госпитализирована ургентно в ОИТ в обл. энд. диспансер для коррекции гликемии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 06.06 | 103 | 3,1 | 6,4 | 45 | 0 | 7 | 76 | 15 | 2 |

09.06.17 тромб – 190

12.06.17 тромб – 190

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.06 |  | 4,5 |  |  |  |  | 12,1 | 202 | 12,8 | 3,2 | 0,95 | 0,15 | 0,35 |

06.06.17Общ белок 77 г/л

06.06.17 Амилаза 21

06.06.17 Гемогл – 103; гематокр –0,31 ; общ. белок – 77 г/л; К – 4,4 ; Nа – 142 ммоль/л

09.06.17 К – 4,8 ммоль/л

12.09.17 К – 4,47 ммоль/л

07.06.17 тропонин 1 <0.20 (<1,0) нг\мл

10.06.17 Гемогл – 103 ; гематокр – 0,31 ; К – 4,5 ммоль/л

04.06.17 фибр - 6,9

06.06.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 13 мин.; ПТИ – 83,3 %; фибр –8,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6\*10

08.06.17 Коагулограмма: ПТИ – 75,8 %; фибр –7,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ –88%; св. гепарин – 8\*10

10.06.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 7 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр –7,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ –56%; св. гепарин – 32\*10

11.06.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 7 мин.; ПТИ 85,2 %; фибр –6,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103%; св. гепарин – 2\*10

07.06.17 осммолярность 298,5 ( 270-310)

04.06.17 Проба Реберга: креатинин крови-148 мкмоль/л; креатинин мочи- 61,05мкмоль/л; КФ- 38,2мл/мин; КР- 97,3%

### 06.06.17 Общ. ан. мочи мутная уд вес 1016 лейк – на все п/зр белок – 0,36г/л ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; в п/зр грибы +, бактерии +.

С 07.06.17- 10.06.17 ацетон – отр

09.06.17 креатинин – 202,0 СКФ – 33,08 СКФ CKD –EPI 22 мл/мин

07.06.17 Бак посев мочи - роста нет.

07.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - на всё п /зр, эритр - подсчету не подлежат белок – 0,56

09.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – не подлежит подсчёту. белок – 1,8

12.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – не подлежит подсчёту на все поле зрения. белок – 1,5

09.06.17 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – 0,9

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 11.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 06.06 |  |  | 30,7 | 11,2 | 7,0 |
| 07.06 2.00-14,6 | 13,8 | 14,3 | 16,2 | 7,2 | 5,8 |
| 08.06 | 9,0 | 16,3 | 16,5 | 15,8 |  |
| 09.06 | 17,5 | 13,6 | 8,6 | 7,3 |  |
| 10.06 6.00-1,2 | 11,3 | 14,8 | 14,5 | 8,1 |  |
| 11.06 | 7,9 | 12,7 | 12,1 | 9,8 |  |

07.06.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма (NSS 3, NDS 3). Дисметаболическая энцефалопатия I-II. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

07.06.17 Окулист:

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиосклероз, С-м Салюс 1- II , венеравномерног окаибра, сосуды значительно извиты, В макулярной области без особенностей Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

06.06.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен.. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

07.06.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

09.06.17ЭКГ: 8-40 ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

09.06.17ЭКГ: 11-0 ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Единичная желудочковая экстрасистолия. Диффузные изменения миокарда.

12.06.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

07.06.17 Р-гр ОГК: легкие без очаговых и инфильтративных теней. Корни малоструктурны, сердца- увеличен ЛЖ.

06 06.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, III ф.кл. диффузный кардиосклероз. Аортальный порок сердца (стеноз). СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

06.07.17 Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., клопидогрель 75 мг мг, престариум 5-10 мг веч., еплепрес25 мг 1р\д

06.06.17 ЭХОК : гипертрофия миокарда ЛЖ. Кальциноз аортального клапана (1+). Мягкий стеноз аортального клапана. ФВ 72,55%.

08.09.17 кардиолог: диагноз тот же к лечению ивабрадин 2,5 мг Контроль ЧСС. Престариум заменить на хипотел 20-40 мг\сут.

при болях в сердце изокет спрей 1-2 дозы. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

09.06.17кардиаолог: диагноз тот же к терапии кардарон 1т 2р/д 4-5 дней.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.06.16Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Спаечная болезнь брюшной полости. рек коррекция гликемии, УЗИ ОБП (КТ) в плановом порядке.

09.06.16Хирург: хр. пиелонефрит? Хр. цестит, обострение? МКБ конкремент мочевого пузыря?. Рек: наблюдении нефролога, уролога а/б терапия. Коррекция анемии, бак посев мочи. Ан. мочи по Нечипоренко. УЗИ МВС. Конс уролога после дообследование при необходимости .

09.06.17Нефролог: ХБП IV ст.: гипертензивная нефропатия. Пиелонефрит в стадии обострения, артериальная гипертензия, анемия. рек но: контроль ан. крови ,мочи в динамике. Продолжить а/б терапия фторхинолонами до 10 дней, адекватная гипотензивная терапия без использования ингибиторов АПФ и АРА II. препараты железа. Диета с ограничением белка и продуктов богатых калием.

12.06.17Гинеколог: Данных за гинекологическую патологию на момент осмотра нет. Взят АК, рек-но повторный осмотр с результатами.

06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

08.06.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки увеличения диффузных изменений паренхимы печени (по типу жирового гепатоза) хр. панкреатита, диффузных изменений паренхимы почек.

Лечение: Фармасулин Н, аспаркам, Генсулин Н, Генсулин Р, калия хлорид 7,5%, предуктал MR, индапрес, глюконат кальция, цефтриаксон, дофамин, линекс, гепарин, ксантинол, лазикс, лефлоцин, биолакт, абипим, норголакс, фуросемид, тиоктацид, луцетам, тиотриазолин, диклофенак, предуктал MR, пирацетам, бисопролол

Состояние больного при выписке: на момент перевода в Оржеховскую ЦРБ ДС субкомпенсирован на фоне введения инсулинотерапии. ССТ отменены в связи с ХБП IV (СКФ 22 мл\мин). АД удерживается в пределах 100/60 мм рт ст. без приема гипотензивных препаратов. Учитывая стойкую лейкоцитурию, гипертермию до 38,3, СОЭ (45 мм/ч)на фоне проводимой а/б терапии необходимо дообследование для исключения спец. процесса МВС. По семейным обстоятельствам пациентка настаивает на продолжение лечение в условиях ЦРБ по м\ж.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Продолжить лечение в терап. отд по м\ж.
3. Диета № 9, ограничение животного белка, продуктов богатых калием в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-24-26 ед., п/о-22-24 ед., п/уж -18-20 ед., Генсулин Н 22.00 26 ед с послед. коррекцией доз под королем гликемии. .
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес. сут. протеинурии после нормализации ан. мочи.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 20 мг) с контролем липидограммы.
7. Гипотензивная терапия при АД выше 120/80 : предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1т на ночь, клопидогрель 75 мг 1т на ночь, кораксан 2,5-5 мг 1т 2р/д, под контролем ЧСС, индопрес (индап) 2,5 мг утром. Контр. АД.
8. Цистоскопия, УЗИ МВС. конс. уролога, продолжить а/б терапию: левофлоксацин 500мг 1р\д, флуконазол 50 мг 1р\д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко в динамике.
9. Сорбифер дурулес 1т 1р\д в обед. Контроль ОАК в динамике.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И.о. зав. отд. Севумян К.Ю..

Нач. мед. Карпенко И.В