#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 537

##### Ф.И.О: Щербачев Елена Юрьевна

Год рождения: 1984

Место жительства: Веселовский р-н, с. Матвеевка ул. Советская 93 (прописана)

Проживает г. Запорожье.

Место работы: н/р

Находился на лечении с 14.04.18 по 24.04.18 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние II ст Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2 NDS 2), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП 1. Диабетическая нефропатия IV ст. Пиелонефрит в стадии обострения. Апостематозный нефрит. Сепсис. Негоспитальная пневмония в нижних долях с обеих сторон. ЛН 1- II. Вертеброгенная люмбалгия справа, миофасциальный с-м. Анемия хронического больного.

Доставлена СМП

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, тошноту, позывы к рвоте, повышенеи АД до 150/90 мм рт ст, приступы сердцебиений, боли в правой поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. . Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Неоднократно кетоацидотические состояния (последнее в 2015), лечилась в 4й ГБ – энд отд. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-8 ед., п/о- 8ед., п/у- 6ед., Фармасулин НNP 22.00 12 ед Ухудшение состояния на протяжении нескольких дней, когда появилась боль в пр поясничной области, в правом бедре, присоединились вышеуказанные жалобы. Родственниками вызвана СМП. Госпитализирован в обл. энд. диспансер в ОИТ в связи с кетоацидотическим состоянием.

Анамнез жизни: инфекция мочевыводящих путей с 2012. Периодически в анализах крови – анемия.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | ми | Ме | | м | |
| 14.04 | 127 | 4,5 | 39,5 | 51 | |  | | 1 | 17 | 68 | 3 | 4 | 5 | | 2 | |
| 15.04 | 117 | 4,4 | 30,7 | 54 | |  | | 1 | 13 | 79 | 2 | 2 | 1 | | 2 | |
| 18.04 | 88 | 3,29 | 12,8 | 65 | | 285 | | 0 | 24 | 68 | 6 |  |  | | 2 | |
| 20.04 | 99 | 3,8 | 10,7 | 65 | | 394 | | 1 | 14 | 76 | 8 |  |  | | 1 | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | | АЛТ |
| 14.04 | 14,9 |  |  |  |  | |  | 8,3 | 399 | 8,2 | 2,3 | 11,8 | | 066 | | 0,21 |
| 16.04 | 80,3 | 3,2 | 1,64 | 0,87 | 1,57 | | 2,7 | 6,7 | 74 |  |  |  | |  | |  |
| 24.04 | 3,62 | 1,5 | 1,14 | 1,79 | 2,2 | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |

14.04.18 общ бело – 84

20.04.18 общ белок – 57,2

14.04.18 амиалаз 30,3 ( 0-90) ед/л

14.04.18 К –4,88 ; Nа – 137 Са++ - С1 - ммоль/л

24.04.18 К –5,14 ; Nа –133,8

14.04.18 Коагулограмма: вр. сверт. –7 мин.; МНО 1,41 АТЧ 35,4 ПТИ – 73 %; фибр – 6,7 г/л; фибр Б – отр;

18.04.18 посев мочи – роста не дал

19.04.18 Проба Реберга: креатинин крови78 мкмоль/л; креатинин мочи-3740 мкмоль/л; КФ-170,8 мл/мин; КР 98,4 %

### 14.04.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –все эрит 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -1-2 цил 0-1 , щерн 3-4 в п/зр

С 17.04.18 ацетон – отр

23.04.18 ацетон отр

15.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – подсчета не подлежит эритр - белок – 0,063

18.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк –131250 эритр - 250 белок – 0,067

23.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк –387500 эритр - 1500 белок – 0,028

19.04.18 Суточная глюкозурия – 3,16 %; Суточная протеинурия – 0,116

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 14.04 |  | 25,0 | 20,2 | 15,8 | 16,6 |
| 18.04 | 9,5 | 13,0 | 9,5 | 13,5 |  |
| 20.04 | 15,6 | 14,7 | 11,1 | 14,6 |  |
| 22.04 | 9,9 | 10,9 | 12,4 | 14,0 |  |
| 23.04 | 15,8 | 9,2 | 12,5 | 10,4 |  |

16-17.04.17Невропатолог: Вертеброгенная люмбалгия справа, миофасциальный с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2 NDS 2),

18.04.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды сужены, извиты,. Вены уплотнены. Справа штрихообразное кровоизлияние, ед. микроанеризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.04.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. На ЭКГ от 16.04.18 данные теже .

17.04.18 Анхиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.04.18Ангиохирург ЗОБК: Диабетическая ангиопатия артерий. Отечный с-м обеих н/к на фоне основной патологии. На момент осмотра острой патологии магистральных сосудов не выявлено.

18.04.18 Хиурург: Псоит ?

19.04.18 Хирург ЗОКБ: Данных за острую хирургическую патологию нет.

16.04.18Гинеколог: Генитальный герпес?

18.04.18 Р – гр ОГК:: с обеих сторон обогащение легочного рисунка, справа в н/доле сливная инфильтрация легочной ткани. Корни малоструктурны. Справа синусы звуалированы. Сердце б/о. Закл: плевропневмония справа в н/ доле.

24.04.18 ФГ ОГК№ 111869 + пр. бок. позиции: в легких с отр. динамикой. Справа сохраняется инфильтрация и выпот плевральной полости до 0,3. Слева в н/доле очаговая инфильтрация легочной ткани. Корни малоструктурны, сердце без особенностей.

18.04.18 Пульмонолог: Пневмония в нижней доле справа. ЛН 1- II

18.04.18 Нефролог ОКБ: ХБП 1. Пиелонефрит в стадии обострения. СКФ 91 мл/мин

19.04.18 Зав. нефрологчиеским отд. : Сепсис. Апостематозный нефрит.

18.04.18 Зав урологич. отд : острый пиелонефрит справа. Показаний к оперативному лечению нет. Даны рекомендация по а/б терапии, проведение КТ без контраста, контроль УЗИ.

19.04.18 Уролог: диабетчиеская нефропатия. ХПН. Хр. пиелонефрит, активная фаза.

19.04.18 Дежурный уролог: псоит справа с возможным формирования абсцесса m/ psoas (вероятно гематогенного генеза). Инфекция мочевых путей. Пиелонефрит справа, острый

19.04.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов.

18.04.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.04.18 Дупл. сканирование вен н/к: Заключение: Эхопризнаки жидкостного образования (возможно межмышечные гематомы) 19,5\*33,1 справа в /3 пр. бедра по медиальной поверхности. Лимфостаза обеих н/к, более выражен справа

17.04.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; функционального раздражения киешчника, незлья исключить наличие микролитовв в почках, удвоение синуса левой почки. Косвенные признаки правостороннего хр. пиелонефрита.

19.04.18 УЗИ легких: в плевральных полостях лоцируется свободная жидкость. Высота водяного столба справа до 3,0 см слева до 2,0 см .

19.04.18 УЗИ: Эхопризнаки выпота в брюшной (500-600 мл) и правой плевральной (250 мл) полостях, гепатомегалии, диффузных изменений паренхимы печени и поджелудочной железы, увеличение размеров поджелудочной железы, диффузно-очаговых изменений паренхимы правой почки. Поясничная мышца утолщена, отёчная с линейными участками пониженной эхогенности без четких контуров и границ ( участок воспаления). Пр. почка (144\*67мм): подкапсульно определяются гипо- и анэхогенные включения до 6 мм ( кисты ?) у верхнего полюса, по внутренней поверхности, определяется участок пониженной эхогенности без чётких контуров и границ, размерами 28\*18 мм ( участок воспаления)

23.04.18:УЗИ Эхопризнаки выпота в брюшной ( 500мл), обеих плевральных полостях ( около 250 мл) и забрюшинного пространства справа, гепатоспленомегалия, диффузных изменений в паренхиме печени и поджелудочной железе, увеличения размеров, диффузно-очаговых изменений паренхимы пр. почки.

19.04.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

20.04.18Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, атоксил, ККБ, берлитион, лесфаль, нефронорм, адаптол, аспаркам, ксантинол, левофлоксацин 500 мг/сут(с 14.04.15-19.04.18), альмагель, цефтриаксон 2гр/сут (с 16.04.19- 19.04.19), меробацид 3гр в сутки (с 19.04.18), герпевир, калия хлорид, омепразхол, фуросемид 40 мг/сут в/в стр, линекс, диклофенак, прозерин, гепариин, мидокалм, лазолван флуконазол, дексалгин, ксефокам, тималин. Стерофундн дарроу, сода, ксилат, трисоль, рингер, глюкоза 5%.

Состояние больного при выписке:Умеренная положительная динамика. Купированы явления кетоацдоза. Сохраняется неустойчивая гликемия с тенденцией к гипергликемии, что связано с общим самочувститем и сопутствующей патологией. Нормализовалась температура тела ( с 21.04.18). несколько уменьшились отеки голеней и стоп, появился аппетит. Сохраняется выраженная общая слабость, боли в правой поясничной области, интенсивность их снизилась и правом бедре.

Рекомендовано:

1. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 22-24ед., п/о-16-18 ед., п/уж -12-14 ед., Фармасулин НNP 22.00 22-24 ед.
2. В связи с наличием полиорганной патологии, явлений сепсиса переводистся в ОКБ, перевод согласован с начмедом (Кулинич А.В.)

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.