#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1020

##### Ф.И.О: Проценко Екатерина Тарасовна

Год рождения: 1984

Место жительства: Запорожский р-н, с. Натальевка ул Волошина 13

Место работы: н/р

Находился на лечении с 02.08.18 по  14.08.18 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). Метаболическая кардиомиопатия СН0-1.ст ДЭП 1, смешанного генеза, выраженный церебрастенический с-м. ХБП 1 ст, диаб. нефропатия Ш ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Негоспитальная пневмония Ш гр кат Ш , левосторонняя верхнедолевая, фаза обратного развития ( неполное R- разрешение) Хр. панкреатит с нарушением эндокринной экскреторной функции, нестойкая ремиссия. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение АД до 85/50 мм рт.ст. тошноту, неоднократно рвоту, не приносящую облегчение, боли в эпигастральной области, отсутствие аппетита, снижение веса на 4-5 кг за пол года,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2017г. во время стац лечения в х/о ОКБ по поводу обострения панкреатита. Со слов пациентки с того же периода начала прием метформина, дозу указать не может Настоящее ухудшение связано с погрешностями в питании, после чего начала отмечать вышеуказанные жалобы. Родственниками вызвана СМП, доставлена на приемный покой ОКБ , в связи с гипергликемией 30 ммоль/л, ацетонурией направлена в эндокриндиспансер. Госпитализирована в ОИТ. При обследовании в ыявлена негоспитальная пневмония, проводилась дифференциальная диагностика с туберкулезом легких, анализ мокроты на БК в ЗОПТКД

Анамнез жизни: с 2015 страдает хроническим панкреатитом, неоднократно лечилась в хирургическом отд ОКБ. В анамнезе у отца туберкулез легких около 10 лет назад.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 02.08. | 125 | 4,2 | 15,7 | 18 | |  | | 0 | 50 | 36 | 7 | | 7 | | |
| 06.08 | 121 | 4,0 | 9,7 | 29 | |  | | 2 | 7 | 71 | 14 | | 6 | | |
| 10.08 | 120 | 3,6 | 7,8 | 27 | |  | | 1 | 3 | 60 | 30 | | 6 | | |
| 13.08 | 116 | 3,9 | 8,4 | 35 | |  | | 4 | 3 | 51 | 36 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 02.08 |  | 2,47 | 1,26 | 0,45 | 1,44 | | 4,4 | 6,8 | 324 | 8,5 | 2,1 | 0,99 | | 0,33 | 0,43 |
| 13.08 | 108,5 |  |  |  |  | |  |  | 64 |  |  |  | |  |  |

02.08.18 АЧТЧ – 25,4 МНО – 1,25 ПТИ 78 фибр – 3,8

02.08.18 Гемогл –125 ; гематокр – 0,37; общ. белок –57 г/л; К – 2,0 ; Nа – 12 ммоль/л

03.08.18 К – 3,0 ; Nа – 123

06.08.18 К – 3,37 Na - 136

08.08.18 Проба Реберга: креатинин крови-111 мкмоль/л; креатинин мочи- 6710 мкмоль/л; КФ-106,2 мл/мин; КР- 98,2%

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

02.0.818 ацтеон 2+

С 08.08.18 ацтеон - отр

03.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - 500 белок –

06.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 500 белок – 0,113

08.08.18 Суточная глюкозурия – 0,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 09.08.18 Микроальбуминурия –278 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.08 |  |  | 30,0 | 19,0 | 14,2 |
| 03.08 2.00-6,6 | 12,3 | 10,9 | 14,4 | 4,6 | 5,4 |
| 05.08 2.00-5,8 | 6,4 | 9,8 | 5,6 | 4,9 | 4,6 |
| 07.08 2.00-6,1 | 7,5 | 19,3 | 5,1 | 3,9 |  |
| 09.08 2.00-5,8 | 9,1 | 9,0 | 9,8 | 6,4 |  |
| 11.08 | 16,3 | 6,8 | 9,1 | 3,7 |  |
| 12.08 | 7,3 | 8,0 | 9,2 | 4,9 |  |
| 13.08 | 6,2 | 6,6 | 10,3 | 3,6 |  |

03.08.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). ДЭП 1, смешанного генеза, выраженный церебрастенический с-м

03.08.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2, сосуды умеренно сужены, извиты, вены уплотнены. венный пульс сохранен . В макуле депигментация.

03.08.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда. Удлинение эл. систолы

14.08.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

03.08.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0-1.ст

02.08.18 На р-гр ОГК№ 01990 с обеих сторон обогащение легочного рисунка, слева, в в/доле фиброз и очагвость различной плотности, корни малоструктурны. Сердце без особенностей. Закл: Р-нельзя исключить ТВС процесс слева в в/доле.

03.08.18 Фтизиатр: пациентка туберкулез отрицает, ФГ/РГ обследования ежегодно со слов больной, последнее 08.2017 (ОКБ) В анализах мокроты МБТ не было. Рек: анализ мокроты методом ПЦР, курс а/б терапии с послед Р-г контролем.

07.08.18 Пульмонолог негоспитальная пневмония Ш гр риска Ш , левосторонняя верхнедолевая. ДН 1 ст необходимо исключить специфический процесс в легких. Рек: цефипим 1г 2р/д в/в, азицин 500 мг /сут 6 дней, ингаляции, лазолван 2,0 2р/д, продолжить исследование мокроты на АК и БК , Р-контроль.

06.08.18 Р-гр ОГК легкие с хорошей положительной динамикой, слева в/дол на фоне обогащенного легочного рисунка ед. мелкие слабоинтенсивные тени. Корни малоструктурны, Сердце без особенностей. Зак: Очаговая пневмония слева в/доле с положительной динамикой.

10.08.18 НА р-гр ОГК № 02098 В легких с положительной динамикой. Инфильтрация значительно уменьшилась. Сохраняются 2 очаговые тени на фоне 2 и 4 ребра средней интенсивности до 1,0 и 1,5 см., корни фиброзно изменены, сердце без особенностей.

10.08.18 Пульмонолог: диагноз прежний. рек продолжить назначенную терапию.

03.08.18 Хирург: хр. панкреатит с нарушением эндокринной экскреторной функции, нестойкой ремиссии.

14.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,2 см3; лев. д. V = 8,9 см3

Перешеек –0,29 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,3 см.

. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р энтеросгель, пирацетам, аспаркам, ККБ, метоклопрамид, аспаркам, дофамин, калия хлорид,, ксилат, трисоль, реосорбилакт, сода, реолюглютин. Р-р рингера, инфузол, р-р глюкозы 40%, эмсеф, азитромицин (с07.08.18), цефипим (с 07.08.18), бисопролол, ксантинол, беродуал, декасан, корвалол, лесфаль, берлитион, цефтриаксон, аспаркам, муколван, трифас, линекс, эссенциале, гепарин, новопассит,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, кетоацидоз купирован, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/90 мм рт. ст. сохраняется незначительный сухой кашель, умеренная общая слабость , результаты дообследования мокроты не готовы, в работе ЗОПТКД, но пациентка настаивает на выписке, о чем имеется запись в истории болезни.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-6-8 ед., п/уж 2-4 ед.,Хумодар Б100Р п/з 20-22 ед, п/у 20-22 ед После дообследования больной, разрешения воспалительного процесса в легких, рекомендовано повторная конс в эндокриндиспансере для определения дальнейшей тактики ССТ
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д.
8. Гипотензивная терапия: бисопролол 2,5-5 мг контроль АД.
9. Ан. крови на ТТГ, АТТПО с послед. конс эндокринолога.
10. Рек. пульмонолога: продолжить а/б терапию 3-5 дней с послед обязательным осмотром фтизиатра ЗОПТКД.
11. Продолжить Азиромицин 500 мг/сут (с 07.08.18), левофлоксацин 500 мг/сут.
12. Явка к семейному врачу 15.08.18
13. Явка к фтизиатру по м/ж 15.08.18-16.08.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.