#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 403

##### Ф.И.О: Хитрый Виктор Иванович

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул. Олимпийская 20а- 23

Место работы: КУ «ОКЭД» ЗОС, водитель, инв Ш гр

Находился на лечении с 19.03.18 по 21.03.18 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние. Инсулинорезостентность. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Ожирение II ст. (ИМТ 37 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь Ш ст. 2 ст. Гипертензивное сердце. СН II А. Негоспитальная полисегментарная мелкоочаговая пневмония Ш гр. кл р. Ш, двухсторонняя. Хронический наружный геморрой IIcт

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за 5 дней, одышка в покое, усиливающаяся при малейшей физ. нагрузке, отсутствие аппетита, боли в н/к при ходьбе, в ночное время, снижение чувствительности н/к АД 140/90 мм рт ст ,выраженную общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Дительно соблюдал диету, фитотерапию. С 2005 начал прием ССТ: глюкофаж, диаформин, принимал нерегулярно. Комы отрицает. Гликемия –12-10 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г в эндокриндиспансере, рекомендовано прием димарила 3-4 мг/сут, диаформина 2000 мг/сут. Ухудшение состояния в течение послених 5 суток, когда появились вышеуказанные жалобы. СМП доставлен на приемный покой ОКБ, осмотрен смежными специалистами, выявлена негоспитальная пневмония, ацетонурия, гипергликемия 18,9 ммоль/л, в связи с чем направлен в эндокриндиспансер, госпитализирован в ОИТ в связи с кетоацидотическим состоянием.

Анамнез жизни: Со слов больного в 2006г. перенес ишемический инсульт, документация не предоставлена.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 19.03 | 150 | 4,5 | 20,7 | 42 | 3 | 2 | 72 | 21 | 2 |
| 20.03 | 140 | 4,2 | 16,8 | 55 | 4 | 4 | 69 | 20 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.03 |  |  |  |  |  |  | 11,9 | 419 | 15,5 | 3,0 | 1,5 | 0,27 | 0,13 |
| 20.03 | 20,9 | 4,0 | 4,23 | 0,45 | 1,61 | 7,9 | 10,9 | 319 |  |  |  |  |  |
| 21.03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

20.03.18 Глик. гемоглобин -12,4 %

19.03.18 Гемогл – 150 ; гематокр – 0,48 ; общ. белок – 64,9 г/л; К – ; Nа – ммоль/л

20.03.18 К – 3,07 Na 132

21.03.18 К – 2,86 Na 131

19.03.18АЧТЧ – 39 МНО 1,5 ПТИ 69,7 фибр 8,9

19.03.18 ацетон 4+

21.03.18 ацетон 4+

### 20.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 14-16 в п/зр белок – 0,104 ацетон –отр; эпит. пл. – 2-3; эпит. перех. -ум в п/зр

21.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - 675000 белок – 0,178

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 19.03 |  |  | 18,9 | 15,2 | 9,6 |
| 20.03 2.00-10,7 | 17,2 | 13,4 | 10,2 | 12,4 | 12,3 |
| 21.03 | 15,9 |  |  |  |  |

15.03.18 Невропатолог: Данных за ОНМК нет

20.03.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умеренно сужены, извиты, вены уплотнены, Венный пульс сохранен. С-м Салюс 1 ст. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

20.03.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

20.03.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1 САГ 1 ст

19.03.18 Пульмонолог: негоспитальная полисегментарная мелкоочаговая пневмония Ш гр. кл р. Ш, двухсторонняя ( по данным КТ). Нельзя исключить спец процесс (ТБЦ). Рек: цефалоспорины 2гр в/в 7-8 дней, левофлоксацин 500 мг в/в 2р/сут 7-8 дней, лазолван 2,0 в/в 2р/д, флемокс 0,4 п/к 1р/сут, Р-гр контроль через 7-8 дней по результатам предусмотреть конс. фтизиатра .

20.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хронический наружный геморрой IIcт.

19.03.18 КТ ОГК: КТ признаки очаговых изменений легких (вероятнее всего септическая эмболия, полностью нельзя исключить вторичный генез), инсиденталом обоих надпочечников, легочной гипертнезии, эмфиземы легких.

21.03.18 Нефролог: Хроническая болезнь почек IV ст. (СКФ 16 мл/мин.), диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия. Рек: Контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии, калия. Обследование, наблюдение и лечение у уролога. Проведение УЗИ мочевыводящей системы, простаты, определение остаточной мочи. В анализах мочи определяется протеинурия, эритроцитурия (возможно обусловлены наличием мочевого катетера). С учетом снижения СКФ рекомендовано уменьшить дозу фторхинолонов до 500мг/сут., доза цефалоспорина 2г/сут. После разрешения пневмонии при сохранении и нарастании показателей азотемии крови, снижении СКФ- предоставить на диализную комиссию для решения вопроса лечения хроническим гемодиализом, дообследование: ан. крови на ВИЧ, маркеры гепатитов В,С.

Лечение: абипим, лефлок, аспирин кардио, лазолван, ксантинол, гепарин, диокор, кораксан, розувастатин, детралекс, аспаркам, Хумодар Р100Р фуросемид, тридуктан, магнезия, аспаркам, атоксил, калия хлорид, линекс, сода, ксилат, трисоль,

Состояние больного при выписке: Общее состояние тяжелое, обусловленное сочетанной соматической паталогией. Сохраняются явления кетоацидоза, который спровоцирован воспалительным процессом. Учитывая полиорганную паталогию, наростание почечной, легочно-сердечной недостаточности нуждается в продолжении лечения в условиях ОИТ ЗОКБ. Перевод согласован на 21.03.18г.

Рекомендовано:

1. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-16-18 ед., п/о- 16-18ед., п/уж -14-16 ед., 22.00 6-8 ед. 2.00 4-6 ед, 6.00 4-6 ед. под контролем гликемии. После разрешения пневмонии повторная конс. эндокринолога для определения дальнейшей тактики ведения.
2. Б/л серия. АДГ № 6718 с 19.03.18 по 21.03.18. «продолжает болеть».

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.