#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1118

##### Ф.И.О: Соловьева Лидия Ивановна

Год рождения: 1944

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чуйкова 18 а-10

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 09.09.14 по 17.09.14 в диаб. отд. ( ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к, сенсомоторная форма. ДЭП II, сочетанного генеза. Малый мозговой ишемический инсульт (1998) с обратимой симптоматикой. ДДПП ПОП, вертеброгенная билатеральная люмбоишалгия, хроническое рецидивирующее течение, стадия ремиссии. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Состояние после операции (29.08.14). субтотальная дистальная панкреатэктомия, гастрэктомия, спленэктомия, резекция воротной вены с протеризированием. Анемия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 20 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в апреле 2014г. Соблюдала диеттотерпию. В связи с проведенным оперативным вмешательством 29.08.14 (субтотальная дистальная панкреатэктомия, гастрэктомия, спленэктомия, резекция воротной вены с протеризированием) по поводу бластомы тела и хвоста поджелудочной железы, переведена на инсулинотерапию в режиме дробных инъекций: простой инсулин 4 ед перед приемом пищи. Гликемия –9,5-10,0-8,7 ммоль/л. Повышение АД в течение 20 лет. Переведена из хирургического отд «Витацентра» для подбора инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

10.09.14 Общ. ан. крови Нв –100 г/л эритр –3,2 лейк –12,4 СОЭ –10 мм/час

э- 1% п- 3% с- 76% л- 18% м-2 %

14.09.14 Общ. ан. крови Нв –91 г/л эритр –2,7 лейк –5,3 СОЭ –32 мм/час

э- 1% п- 4% с- 65% л- 22% м-8 %

09.09.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –4,7 мочевина –9,8 креатинин –186 бил общ –13,9 бил пр –4,5 тим –0,73 АСТ – 0,26 АЛТ – 0,39 ммоль/л;

09.09.14 Амилаза – 65,9

09.09.14 Гемогл – 107 ; гематокр –0,32 ; общ. белок – 80 г/л; К – 3,2 ; Nа – 137 ммоль/л

11.09.14 К – 3,7

09.09.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 5,5 мин.; ПТИ –75 %; фибр – 6,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –105 %; св. гепарин – 0

14.09.14 фибр – 4,9 г/л

10.09.14 Проба Реберга: Д-1,5 л, d-1,04 мл/мин., S-1,83 кв.м, креатинин крови-114 мкмоль/л; креатинин мочи- 7920 мкмоль/л; КФ-68,3 мл/мин; КР-98,5 %

### 09.09.14 Общ. ан. мочи уд вес м\м лейк – 12-19 в п/зр белок – 0,043 ацетон –следы; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

С 13.09.14 ацетон отр

10.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -8000 эритр -500 белок – 0,046

14.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -72500 эритр - 2500 белок – 0,022

15.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6500 эритр - 1000 белок – 0,022

11.09.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,060

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 09.09 |  |  | 6,0 | 6,8 | 7,5 |
| 10.09 | 5,3 | 5,3 | 5,4 | 5,4 | 7,0 |
| 11.09 | 7,2 | 3,5 | 5,9 | 5,2 |  |
| 13.09 | 5,6 | 5,3 | 5,0 | 5,9 |  |
| 14.09 | 5,3 | 4,5 | 5,7 | 5,6 |  |
| 15.09 | 5,4 | 4,2 | 5,0 | 4,9 |  |
| 16.09 | 5,5 | 5,6 | 5,3 | 5,4 |  |
| 17.09 | 5,5 |  |  |  |  |

Невропатолог: Начальные проявления дистальной диабетической полинейропатии н/к, сенсомоторная форма. ДЭП II, сочетанного генеза. Малый мозговой ишемический инсульт (1998) с обратимой симптоматикой. ДДПП ПОП, вертеброгенная билатеральная люмбоишалгия, хроническое рецидивирующее течение, стадия ремиссии.

10.09Окулист: осмотр в ОИТ

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

10.09.ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось горизонтальная. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

10.09.Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

10.09.Хирург: Состояние после операции (29.08.14). субтотальная дистальная панкреатэктомия, гастрэктомия, спленэктомия, резекция воротной вены с протеризированием.

Лечение: креон, линекс, энтеросгель, калий нормин, Левемир, Актрапид НМ, креазим, вальерьяна, церукал, диклофенак, цефтриаксон..

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 110/60 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, онколога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Левемир 8.00 4-6 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. На фоне проведения специфической терапии, при склонности к гипергликемии более 9,0 ммоль/л, рекомендовано добавить к инсулинотерапии Актрапид НМ 2-4 ед перед приемом пищи.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., тиотриазолин 200мг \*3р/д.Контроль АД, ЭКГ.
3. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
4. Креазим 1к 3р\д после еды, линекс 2к 3р\д, гинотардифероон 1к2р\д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.