#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1405

##### Ф.И.О: Собур Зофия Леонидовна

Год рождения: 1956

Место жительства: г. Энергодар ул. Козацкая 16-16

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 11.11.14 по 19.11.14 в ОИТ.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Дисметаболическая энцефалопатия на фоне гипергликемии. Цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Острое повреждение почек. ХБП IVст. Диабетическая нефропатия V ст. Острый эмфизематозный пиелонефрит слева в стадии разрешения. Гипертоническая болезнь II ст. СН 0-1. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Послеоперационный гипотиреоз средней тяжести стадия медикаментозной субкоменсации. Острый вульвовагинит. Хирургическая постменопауза (гистерэктомия с придатками в 2002 по поводу Са эндометрия). Кистозная мастопатия. Послеоперационная вентральная грыжа.

Жалобы при поступлении (анамнез и жалобы уточнены у мужа)на выраженную сухость во рту, тошноту, многократную рвоту, боли в животе, учащенное сердцебиение, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение, отеки ног, неустойчивые цифры АД, боли в поясничной области, выраженную слабость, сонливость, на вопросы отвечает путанно, агрессивная.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССТ. В наст. время принимает: Амарил 4 мг утром, диету не соблюдает. Гликемия –21,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2009г. Повышение АД в течение 20-25 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл, фенигидин. Ухудшение состояние в течении недели после сан. курортного лечения. В 2001 произведена тиреоидэктомия по поводу заболевания щит. железы. Принимает заместительную терапия L-тироксин 150 мкг утром натощак, ТТГ не контролировала. Госпитализирована ургентно в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.11.14 Общ. ан. крови Нв – 150 г/л эритр – 4,6 лейк – 18,6 СОЭ –57 мм/час

э- 0% п- 12% с- 70% л- 13 % м- 2%

14.11.14 тромб – 90

15.11.14 Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр – 4,2 лейк – 8,7 СОЭ –33 мм/час тромб 100

э- 1% п- 8% с- 78% л- 9 % м- 4%

17.11.14 Общ. ан. крови Нв – 130г/л эритр – 3,9 лейк – 15,3 СОЭ –54 мм/час тромб 100

э- 1% п- 8% с- 71% л- 10 % м- 10%

18.11.14 Общ. ан. крови Нв – 126г/л эритр – 3,9 лейк – 8,7 СОЭ –61 мм/час тромб 180

э- 2% п- 6% с- 69% л- 14 % м- 9%

11.11.14 Биохимия: хол –3,7 мочевина –9,1 креатинин –360 бил общ – 12,0 бил пр –3,2 тим – 2,1 АСТ –2,38 АЛТ –1,10 ммоль/л;

14.11.14 Мочевина – 45,3 креатинин 386,4 мкмоль/л

16.11.14 Мочевина – 25,6 креатинин 336 мкмоль/л

18.11.14 Биохимия: СКФ –40,46 мл./мин., мочевина –25,5 креатинин – 168

11.11.14 Амилаза -44,8

14.11.14 ТТГ – 2,1 (0,3-4,0) Мме/л

11.11.14 Гемогл –150 ; гематокр – 0,49; общ. белок – 75 г/л; К – 3,7 ; Nа –142 ммоль/л

12.11.14 Гемогл –144 ; гематокр – 0,47; К – 3,6 ммоль/л

14.11.14 К – 3,26 ммоль/л

17.11.14 К – 4,5 ммоль/л

11.11.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 6 мин.; ПТИ –75,0 %; фибр – 6,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ –88 %; св. гепарин – 8\*10-4

18.11.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 12 мин.; ПТИ –85,2 %; фибр – 10 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4\*10-4

14.11.14 Проба Реберга: Д- 0,4л, d-0,28 мл/мин., S- 1,79кв.м, креатинин крови-386,4 мкмоль/л; креатинин мочи- 8760 мкмоль/л; КФ-6,13 мл/мин; КР- 95,43 %

18.11.14 Проба Реберга: Д- 2,8л, d-1,94 мл/мин., S- 1,84кв.м, креатинин крови-168 мкмоль/л; креатинин мочи- 4260 мкмоль/л; КФ-46,25 мл/мин; КР- 95,43 %

### 11.11.14 Общ. ан. мочи уд вес м\м лейк – на все в п/зр белок – 0,967 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

### 11.11.14 Общ. ан. мочи уд вес м\м лейк –10-12 в п/зр белок – 0,086 ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. – ед в п/зр

12.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр –густо на все белок – 0,543

15.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -156250 эритр -225000 белок – 0,068

15.11.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,065

18.11.14 Суточная глюкозурия – 0,48%; Суточная протеинурия – 0,168

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.11 |  | 21,3 | 17,9 | 12,9 | 12,2 |
| 12.11 2.00-8,9 | 10,0 | 9,2 | 7,8 | 7,8 | 8,4 |
| 13.11 | 10,7 | 9,8 | 9,9 | 7,2 | 7,2 |
| 14.11 | 7,2 | 4,4 | 4,4 | 7,2 | 6,3 |
| 16.11 | 11,2 | 9,5 | 10,2 | 8,8 |  |
| 17.11 | 9,3 | 10,6 | 15,7 | 14,8 | 8,1 |
| 18.11 | 11,0 | 11,2 | 15,4 | 10,6 | 11,9 |
| 19.11 | 13,3 |  |  |  |  |

11.11.14Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия на фоне гипергликемии. Без очаговой симптоматики. Контактный сопор.

12.11.14Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия на фоне гипергликемии. Цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия.

12.11.14Окулист: осмотр в ОИТ

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены неравномерно расширены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.11.14ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

18.11.14ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

12.11.14Кардиолог: Гипертоническая болезнь II ст (анамнестически) СН 0-1.

15.11.14 Уролог: Острый эмфизематозный пиелонефрит слева.

17.11.14 Уролог: Острый эмфизематозный пиелонефрит слева в стадии разрешения.

12.11.14 Хирург: П/о вентральная грыжа

12.11.14 Р-ОГК С обеих стон в н/отд снижение воздушности за счет обогащения и нечеткости легочного рисунка. Корни расширены малоструктурны. Сердце – увеличены левые отделы. Закл: начинающий отек легких.

13.11.14Нефролог: Преренальная ОПН в стадии анурии. ХБП Шст. Пиелонефрит

18.11.14Нефролог: Острое повреждение почек. ХБП IVст. Диабетическая нефропатия V ст .Состояние пациентки с положительной динамикой: в виде увеличение диуреза до 3 л /сут снижение показателей азотемии, некоторого уменьшения лейкоцитурии в анализах мочи.

14.11.14 КТ ОБП и ОМТ: КТ признаки острого эмфизематозного пиелонефрита слева.

11.11.14Гинеколог: О.Вульвовагинит. Хирургическая постменопауза ( гистерэктомия с придатками в 2002 по поводу Са эндометрия). Кистозная мастопатия.

Лечение: цефепим, глиятон, тивортин, L-лизин, церебролизин, дицинон, ксантинол, тималин, луцетам, цефтриаксон фуросемид, этамзилат, Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, L-тироксин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД120/80 мм рт. ст. Состояние пациентки с положительной динамикой: в виде увеличение диуреза до 3 л /сут снижение показателей азотемии, некоторого уменьшения лейкоцитурии в анализах мочи, однако учитывая гипергликемию больной рекомендовано продолжить стац лечение для коррекции инсулинотерапии, но настаивает на выписке по семейным обстоятельствам,(о чем имеется запись в истории болезни) о последствиях предупреждена. Маркеры вирусного гепатит, ТТГ взяты в условиях стационара.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч.терапевта ,кардиолога, невропатолога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 14-16ед., п/о-14-16 ед., п/уж -10-12 ед., Хумодар Б100Р 22.00 14-16 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Рек. невропатолога: продолжить глиятон 1000 в/м, церебролизин 10,0 в/в стр, L-лизин эсцинат 10,0 на 100,0 физ. р-р в/в кап. В терапевтическом отделении по м\ж
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 150 мкг утром натощак. Контр ТТГ в динамике ч/з 2,5-3 мес.
7. Рек. нефролога: Продолжить антибактериальную терапию в терап. отд по м\ж с использованием авилокс 400 мг\сут, флуконазол 50 мг/сут ( отменить цефипим.) Прием канефрона по 2т 3р\д в течении 1 мес. Контр ОАК, ОАМ, , показателей азотемии крови и калия крови.
8. Рек уролога: показаний к оперативному лечению в настоящее время нет. продолжить лечение в терапевтическом отд. по м\ж под наблюдением уролога, нефролога. КТ почек через 1 мес с послед. конс. уролога ЗОКБ.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
10. С результатами печеночных проб, УЗИ ОБП, маркеров вирусных гепатитов конс гастроэнтеролога при необходимости инфекциониста по м\ж.
11. При сохраняющейся гипергликемии рекомендовано повторная госпитализация для коррекции инсулинотерапии ( при стабилизации состояния).
12. Рекомендовано продолжить стац лечение в условиях терапевт отд. по м\ж (место согласовано)

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.