#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1552

##### Ф.И.О: Сизова Алена Владимировна

Год рождения: 1995

Место жительства: Михайловский р-н, с. Марьяновка ул. Мира д.8

Место работы: Организатор «Сельский Марьяновский ДК»

Находился на лечении с 10 .12.16 по 19.12.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ ХБП V ст. Диабетическая нефропатия IV. Абсцесс пр. почки, острый пиелонефрит. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст. Анемия. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз ср. тяжести, декомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, головные боли, общую слабость, утомляемость, ухудшение зрения, памяти, учащенное сердцебиение, снижение аппетита, заторможенность.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г (с 4х летнего возраста). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимала: Актрапид НМ п/з-26 ед., п/о- 25ед., п/у- 21ед., Протафан НМ22.00 – 26 ед, в течении последних 3х дней самостоятельно отменила введение инсулина, в связи со снижением аппетита. 09.12.16 госпитализирована в Михайловскую ЦРБ в кетоацидотическом состоянии. Для дальнейшего лечения 10.12.16 сантранспортом доставлена в ОИТ ОКЭД. Последнее стац. лечение в ОЭКД с 31.10.16 -08.11.16: выписана из отделения по настоянию пациентки. Боли в н/к в течение 5 лет. АИТ, гипотиреоз с 2009, принимает L-тироксин 100 мкг\сут, ТТГ – 9,14 (0,3-4,0) от 09.10.16. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для компенсации углеводного обмена.

Данные лабораторных исследований.

10.12.16 Общ. ан. крови Нв – 91 г/л эритр – 2,7 лейк – 16,2 СОЭ – 62мм/час

э- % п-10 % с- 73% л- 14 % м- 3%

12.12.16 Общ. ан. крови Нв – 84 г/л эритр – 2,6 лейк – 10,0 СОЭ –71 мм/час

э-0 % п- 13% с-67 % л- 16% м- 4%

15.12.16 Общ. ан. крови Нв –75 г/л эритр –2,3 лейк –11,7 СОЭ – 45 мм/час

э- % п- 12% с- 76% л- 9 % м-3 %

10.12.16 Биохимия: хол –4,0 тригл - - мочевина –9,4 креатинин – 494 бил общ –9,2 бил пр –2,3 тим – 4,5 АСТ – 0,15 АЛТ –0,32 ммоль/л; общ блок 52

16.12.16 ; ТТГ –8,8 (0,3-4,0) Мме/мл

10.12.16 Гемогл – 91 ; гематокр – 0,29; общ. белок – 52 г/л; К –4,2 ; Nа – 139 ммоль/л

11.12.16 К-3,9

12.12.16 К – 4,2

13.12.16К – 4,6

17.12.16 К – 4,5

13.12.16 мочевина 6,4, креатинин 210 СКФ 31,5

14.12.16 креатинин – 186.

10.12.16 Коагулограмма: вр. сверт. –5 мин.; ПТИ – 68 %; фибр – 9,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6\*10-4

13.12.16 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 76 %; фибр –7,3 г/л; фибр Б +++; св. гепарин – 6\*10-4

13.12.16 Проба Реберга: Д- 3,4л, d- 2,36мл/мин., S-1,6 кв.м, креатинин крови- 210мкмоль/л; креатинин мочи- 4,180 мкмоль/л; КФ-50,8 мл/мин; КР- 95,3%

### 10.12.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 pH 6,0 лейк – на ½ в п/зр белок – 0.043 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -1-2 в п/зр

### 12.12.16 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – на 6-7 эрит на все п/з в п/зр белок – 0.106 ацетон –отр;

10.12.16 ацетон 4++++

11.12.16 ацетон 2++

14.12.16 ацетон 1+

С16.12.16 ацетон мочи - отр

11.12.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1100000 эритр - 750 белок – 0,116

13.12.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 32000 эритр -2000 (выщелоченные) белок – 0,125

14.12.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5500 эритр -1000 белок – 0,036

19.12.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -875000 эритр -2500 белок – 0,042

19.12.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -25500 эритр -500 белок – 0,035

13.12.16 Суточная глюкозурия – 0,16%; Суточная протеинурия – 0,192

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 10.12 |  |  | 23,7 19.00-23,0 | 19,4 | 15,9 |
| 11.12 | 7,9 11.00-7,9 | 7,5 15.00-10,0 | 8,1 19.00-10,3 | 6,4 |  |
| 12.12 01.00-12,8 | 12,6 11.00-8,5 | 8,3 1500-5,2 | 5,1 | 6,6 | 11,3 |
| 13.12 2.00-11,4 | 14,1 8.00-11,4 11.00-13,1 | 8,5 15.00-8,3 | 3,9 | 3,,9 21.00-5,8 |  |
| 15.12 | 17,4 | 12,9 15.00-7,3 | 3,2 | 9,0 |  |
| 16.12 | 11,4 | 5,2 | 4,5 | 5,4 |  |
| 17.12 | 7,8 | 5,3 | 5,3 | 5,9 |  |
| 18.12 | 7,1 | 4,1 | 4,8 | 3,4 |  |

12.12.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

31.10.16Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7 ;

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.12.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево.

12.12.16Кардиолог (предв): САГ 1ст

12.12.6Нефролог: ХБП V диабетическая нефропатия в сочетании с пиелонефритом, стадиия обострения, АГ, анемия

14.12.16 осмотр зав каф. урологии проф. Люлько А.А. и зав. отд урологии Дубовик А.В.: Диагноз: острый пиелонефрит слева. СД. Данных за острый паранефрит требующих оперативного лечения нет .

19.12.16 Р-н ОГК: легкие в полном объеме без инфильтрации. Корни малоструктурны, сердце – увеличение ЛЖ.

13.12.16УЗИ: Заключение: обращает внимание увеличение размеров правой почки, выраженные изменения диффузного типа в паренхиме правой почки ,паранефрит, наличием небольшого количества св. жидкости в плевральных полостях, малом тазу и брюшной полости. Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров.

19.12.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки выраженных диффузных изменений в паренхиме правой почки, наличием формирующихся мягких очагов, паранефрит.

12.1.26 осмотр доц. кафедры Соловьюк А.О: диагноз см. Выше.

19.12.16 Уролог: абсцесс пр. почки. острый пиелонефрит.

31.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,2 см3; лев. д. V =4,4 см3

Перешеек –0,33 см. По сравнению с УЗИ от 2015 размер практически прежние, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, витаксон, пирацетам, йогурт, гепарин, ксантинол, тималин, флуконазол, феррум лек, фуросемид, цефтриаксон, ККБ, димедрол, анальгин, левофлоксацин, энтеросгель, альмагель ,аспаркам, фуросемид, L-тироксин , амбифлокс, диклофенак, флуканазол, метрогил, фарисел, демапинем, нимесил

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая отсутствие эффекта от консервативного лечения пиелонефрита, отрицательную динамику по УЗИ, формирования абсцесса пр. почки, несмотря на назначение разных групп антибиотиком, больной показан перевод в уролог. отд. ЗОКБ в ургентном порядке ( перевод согласован с зав. отд).

Рекомендовано:

1. Госпитализация в урологическое отд. ЗОКБ в ургентном порядке.
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, уролога по м\жит.
3. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 18-24 ед., п/о-14-18 ед., п/уж -12-16 ед., Протафан НМ 22.00 30-32 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии, СКФ, креатинина, мочевины, общего белка в динамике.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 125 мкг утром натощак за 30 мин до еды
7. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамики. Коррекция анемии с применением препаратов железа и эритропоетинов. Диета с ограничением белка, соли, продуктов богатых калием.
8. Рек уролога: учитывая отсутствие эффекта от консервативного лечения пиелонефрита, отрицательную динамику по УЗИ, формирования абсцесса пр. почки, несмотря на назначение разных групп антибиотиков, больной показано оперативное лечение в уролог. отд. ЗОКБ.: вскрытие и дренирование пр.почки.
9. Б/л серия. АГВ № 2355 с 10 .12.16 по 19.12.16. продолжает болеть

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В