#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1208

##### Ф.И.О: Свидерская Оксана Владимировна

Год рождения: 1977

Место жительства: Розовский р-н,с. Кольное ул. Космическая 19

Место работы: Солодовский НВК, помощник воспитателя.

Находилась на лечении с 01.09.17 по 05.09.17 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, впервые выявленный. Ожирение I ст. (ИМТ 31,2кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Острое повреждение почек Ш. СВД, астеноневротический с-м.

Жалобы при поступлении на выраженную слабость, болезненность внизу живота, боли в поясничной области, подташнивание, нечеткость зрения, головокружение, шаткость при ходьбе,

Краткий анамнез: СД выявлен впервые. Ухудшение состояния с 25.08.17, появилась слабость одышка сухость во рту, затуманенность сознания, подташнивание позывы на рвоту, отмечалось послабление стула. Была госпитализирована в т/о Розовской ЦРБ.

При обследовании 28.08.17 впервые выявлена гипергликемия 10,5 ммоль/л. 31.08.17 сахар крови 16,5 ммоль/л, в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия на все поле зрения, повышение креатиинина крови до 540 ммоль/л, в течение 3х лет отмечает повышение АД максимально до 240 /100 мм рт ст. Регулярно гипотензивные не принимала, эпизодический каптопрес. Для купирования болевого с-ма раной этиологии часто употребляла фаниган. 31.08.17 консультирована зав.. отд нефрологии ЗОКБ , были даны рекомендации по ведению, в связи с впервые выявленым СД. 01.09.17 переведена в эндокриндиспансер для подбора ССТ, госпитализирована в ОИТ.

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Страховой анамнез: на больничном листе за последние 12 мес не пребывала.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 01.09 | 126 | 3,7 | 27,2 | 62 | 0 | 13 | 78 | 5 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 01.09.17 | 18,4 |  |  |  |  |  | 23,8 | 460 | 32,0 | 6,8 | 5,98 | 0,33 | 0,98 |
| 03.09 |  |  |  |  |  |  | 22,1 | 490 | 23,0 | 5,7 | 3,9 | 0,32 | 0,25 |

05.09.17 Глик гемоглобин - 11,0%

01.09.17 Амилаза 84,3

01.09.17 Гемогл – 126 ; гематокр – 0,39; общ. белок – 54 г/л; К – 4,88 ; Nа – 128 ммоль/л

01.09.17 К –4,88 ; Nа –128 Са++ - 1,17 С1 - 105ммоль/л

03.09.17 К – 5,6 na 127,4

01.09.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 22 мин.; ПТИ – 71,5 %; фибр –8,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 79%; св. гепарин – 14

04.09.17 Проба Реберга: креатинин крови-2584 мкмоль/л; креатинин мочи- 4070 мкмоль/л; КФ12,4- мл/мин; КР- 98 %

04.09.17 Фир – 7,8

### 01.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,79 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 05.09.17 ацетон – отр

02.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -281250 эритр - белок – 0,79

05.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5500000 эритр - 112500 белок – 1,34

04.09.17 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – 0,991

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 01.09 |  |  | 6,0 | 7,2 | 6,1 |
| 02.09 | 5,6 | 5,7 | 6,4 | 5,3 |  |
| 03.09 | 6,2 | 5,2 | 7,5 | 5,4 |  |
| 05.09 | 7,3 |  |  |  |  |

04.09.17Невропатолог: СВД, астеноневротический с-м. Рек ЭНМГ в плановом порядке, адаптол 500 мг 1р/д 1 мес.

04.09.17Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены неравномерного калибра, расширены, полнокровны, сосуды извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

04.08.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

05.09.17 На р-гр ОГК легкие без инфильтрации корни малоструктурны, сердца – увеличены левые отделы.

04.09.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

Рек. кардиолога: дилтиазем ретард 90мг 1т 1-2р/д., . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

04.09.17 УЗИ ОБП: Эхопризнаки гепатомегалии, диффузных изменений поджелудочной железы, увеличения размера обеих почек с утолщением паренхимы, киста почечного синуса справа. Диффузных изменений паренхимы селезенки (протокол на руках).

04.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.? Для уточнения диагноза Дуплекс артерий н/к в плановом порядке. Конс. ангиохирурга.

04.09.17Нефролог: Острое повреждение почек Ш ст. Показано продолжение дальнейшего лечения в условиях нефрологического отделения ЗОКБ. Госпитализация согласована на 05.09.17

Лечение: эмсеф 0,5, левофлокс 500 в/в, линекс, лазикс, лесфаль, валериана, ксантинол 4,0, гепарин 0,5, кардиомагнил 75, омепразол, бисопролол 5, амлодипин 5, тималин, Хумодар Р100Р

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах компенсированных значений. АД 140/80 мм рт. ст. Сохраняется выраженная слабость, тяжесть в эпигастрии, подташнивание, шаткость при ходьбе. Для дальнейшего лечения переводится в нефрологию ЗОКБ. Госпитализация согласована на 05.09.17.

Рекомендовано:

1. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
2. При повышение глюкозы крови более 6,5 ммоль/л натощак и более 7,9 моль/л через2 часа после еды инсулин короткого действия 2-4 ед. перед приемами пищи при сохраняющейся сниженной функции почек.
3. При стабилизации показателей азотемии повторная консультация эндокринолога для определения дальнейшей тактики ведения.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Амлодипин 5 мг утром, бисопролол 5 мг утром с послед. коррекцией доз под контролем АД.
6. УЗИ щит. железы в плановом порядке
7. Б/л серия. АДГ № 671519 с 01.09.17 по 05.09.17 продолжает болеть

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В