#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1290

##### Ф.И.О: Муханина Валентина Ивановна

Год рождения: 1945

Место жительства: Запорожский р-н, с. Лежено ул. Садовая 18

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 18.09.17 по 20 .09.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Острое повреждение почек. ХБП 1 ст: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения, артериальная гипертензия. Начальная катаракта ОИ. Возрастная макулодистрофия, ангиопатия сетчатки ОИ. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Функциональная диспепсия на фоне метаболических нарушений, обострение, хр. пиелонефрит. Хр. панкреатит с нарушением инкреторной функции. Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на выраженная общая слабость, тошнота, периодически рвота, головная боль, головокружение сухость во рту, жажда , уменьшение суточного кол-ва мочи, повышение температуры тела до 38, боли в поясничной области и внизу живота, вздутие живота, ухудшение зрения, повышение АД до 140/80 мм рт /ст, запоры, боли в стопах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. во время оперативного лечения липомы спины, с того же времени принимала метамин SR, доза и кратность приема препарата неизвестны, гликемию не контролировала. Со слов пациентки 3 мес назад глюкоза крови 13моль/л. Комы отрицает. В энд. отд. не обследовалась, не лечилась. В течение 7 дней отмечает повышение Т тела до 38 °С и выше указаныне жалобы. СМП доставлена в ЗОКБ, осмотрена зав. нефрологич. отд, гастроэнтерологом, хирургом, взяты анализы, выполнена р-скопия ОГК и ОБП, проведено УЗИ, даны рекомендации. В связи с гипергликемией и налчиием ацетона в моче направлена в эндокриндиспансер. Госпитализирована в ОИТ для коррекции ССТ в связи с тяжестью состояния.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 18.09 | 139 | 4,3 | 16,8 | 41 | 0 | 21 | 73 | 4 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.09 |  |  |  |  |  |  | 11,2 | 201 | 12,4 | 3,0 | 2,88 | 0,64 | 0,67 |
| 19.09 |  | 3,02 | 2,74 | 1,36 | 0,4 | 1,2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20.09 |  |  |  |  |  |  | 16,8 | 370 |  |  |  |  |  |

18.09.17 амилаза – 2,6

19.09.17 Амиаза 13,2

20.09.17 Амилаза 17,1

18.09.17 Гемогл – 139 ; гематокр – 0,44; общ. белок – 64 г/л; К – 4,09 ; Nа –129 ммоль/л

20.09.17 гемогл – 157 гематокр 0,5

18.09.17 К – 4,09 ; Nа –129 Са++ - 1,16С1 - 99,5 ммоль/л

19.09.17 К – 3,46 Na - 130

18.09.17 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр – 6,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –85 %; св. гепарин – 10

### 18.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –ед в п/зр белок – 1,32 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -320000 эритр -1000 белок – 0,97

.09.17 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – отр

##### .09.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 18.09 |  |  | 17,3 | 10,2 | 8,7 |
| 19.09 2.00-9,0 | 12,4 | 9,6 | 9,6 | 8,3 | 7,5 |

19.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. рек: а-липоевая кислота 600 мг/сут в/в кап, актовегин 10,0 в/в стр келтикан 1т 3р/д

19/09/17Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 артерии сужены, Вены расширены, С-м Салюс 1-II ст. Венный пульс ослаблен В макуле множественные друзы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Возрастная макулодистрофия, ангиопатия сетчатки ОИ.

19.09.17ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Замедление АВ проводимости.

20.09.17 Хирург: Функциональная диспепсия на фоне метаболических нарушений, обострение, хр. пиелонефрит.

18.09.17 Р-скопия ОГК+ОБП: легкие без инфильтрации корни малоструктурны, сердце увеличение левого желудочка. ОБП: - свободного воздуга, уровней в брюшной полости не выявлено.

19.08.17 УЗИ: Эхопризнаки гепатомегалии, умеренных диффузных изменений паренхимы печение, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, диффузных изменений паренхимы, кист обеих почек.

18.09.17 Гастроэнтеролог: хр. панкреатит с нарушением инкреторной функции. Рек: ФГДЭС, пантопрозол 40 мг\сут, креон 25 тыс 3р\д во время еды.

20.09.17 Нефролог: Острое повреждение почек. ХБП 1 ст: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения, артериальная гипертензия. Рек: перевод в нефрологчиеское отд ЗОКБ, госпитализация запланирована на 21.09.2017

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. Перевод в нефрологчиеское отд ЗОКБ, госпитализация запланирована на 21.09.2017
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 8-10ед., п/о- 8-10ед., п/уж -6-8ед., 22.00 4-6 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В