#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1438

##### Ф.И.О: Николова Татьяна Анатольевна

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Запорожье, ул. 40 л. Победы 15-110.

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.10.14 по 20.11.14 в диаб отд (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Артифакия ОД. Начальная катаракта OS. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Острое повреждение почек. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия V ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к.. Метаболическая кардиомиопатия СН II А. ф. кл II. САГ Ш ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м. Узловой зоб 1ст, узел правой доли. Эутиреоз. Анемия смешанного генеза.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., одышка в покое усиливающая в положении лежа, диурез от 1 литра до 400 мл., отеки н\к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы: гипогликемическая в 2011. С начала заболевания ССП (амарил, сиофор). С 2011- инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 12ед. Гликемия –11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение 28.10.14-13.11.14г. 13.11.14 переведена в реанимационное отделение КУ «ГКБЭ и СМП» для проведния ургентного гемодиалза в связи с острым повреждением почек на фоне хронической болезни почек.С 13.11.14 по 17.11.14 стац лечение в реанимационном отделении КУ «ГКБЭ и СМП». Протеинурия с 2011. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает кофизиотенс 0,4 мг утром, трифас 10 мг утром, бисопролол 2,5-5 мг веч, амлодипин 2,5-5 мг веч,. В 2001 выявлен узловой зоб. Узел пр. доли (ТАПБ узла не проводилось). ТТГ 1,3 от 11.2014 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

18.11.14 Общ. ан. крови Нв – 69г/л эритр – 2,3 лейк –5,9 СОЭ –25 мм/час

э- 0% п- 3% с- 69% л- 23 % м- 5%

18.11.14 Биохимия: СКФ – 7,47мл./мин., мочевина –33,3 креатинин –787,2

17.11.14 Гемогл – 67; гематокр – 0,22; общ. белок – 61,7 г/л; К – 5,61; Nа – 136,7 ммоль/л

18.11.14 креатиин крови 787,2 СКФ 7,47

19.11.14 креатиин крови 784,8 мочевина 33,8

18.11.14 К – 5,4 ммоль/л

19.11.14 К – 5,5 ммоль/л

17.11.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 95 %; фибр –5,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6\*10-4

19.11.14 Проба Реберга: Д- 0,35л, d- 0,24мл/мин., S- 1,78кв.м, креатинин крови-784,8 мкмоль/л; креатинин мочи- 4320 мкмоль/л; КФ- 1,28мл/мин; КР- 81,25 %

### 17.11.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – на ½ в п/зр белок – 0,667 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - много в п/зр

19.11.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,270 диурез 350 мл

18.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 18500 эритр - 2250 белок – 0,505

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 |
| 17.11 |  | 11,1 | 10,3 | 9,9 |
| 18.11 | 10,0 | 9,6 | 11,8 | 11,4 |
| 19.11 | 12,2 | 13,1 | 9,6 | 12,3 |
| 20.11 | 9,5 |  |  |  |

07.11.14Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м

06.11.14 Окулист: Осмотр в ОИТ.

Арифакия ОД. Помутнения в хрусталиках ОS. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: Артифакия ОД. Начальная катаракта OS. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

30.10.14Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II А. ф. кл II. САГ Ш ст.

17.11.14 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

18.11.14Нефролог: Oстрое повреждение почек. ХПБ Ш . диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия. Пациентке проведено 2 сеанса ургентного гемодиализа с положительной динамкой (уменьшился отечный с-м, значительно уменьшились застойные явления в легких). Остается высоким показатели азотемии крови сохраняется анемия в анализах крови. Рекомендовано продолжить симптоматическое лечение ОПП, гипотензивная терапия в прежнем объеме, антибактериальная терапия, нормазе 30 мл 1-2 р\сут, тардиферон 1т\сут. Показано применение эритропоэтинов: мерцера или рекормон или эпобиокрин 2000 МЕ \*3р/нед. применение мочегонных препаратов 3р/нед. Диета с ограничением белка, соли, продуктов богатых калием. Содовые клизмы и в/в введение кальция глюконата 20,0 при гиперкалиемии. При возникновении ургентных показаний: метаболический ацидоз, отек легких, мозга, гиперкалиемия – проведение сеанса ургентного гемодиализа в условиях городского центра гемодиализа.

28.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8см3; лев. д. V = 6,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом и единичными гидрофильными очагами до 0,42 см . В пр доле у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,4\*0,88см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Хумодар Б100Р, бисопролол, амлодипин, нормазе, фуросемид, цефипим, тималин, аминолон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, несколько меньше отечный с-м. Диурез 350-500 мл/сут. АД 145/85 мм рт. ст. пациентка в наст. время постоянно принимает диуретическую терапию, сорбенты. По данным ЭКГ явлений гиперкалиемии нет. Пациентки рек-но динамическое наблюдение нефролога по м/ж и нефролога ЗОКБ с пост. контролем СКФ, показателей азотемии, сут. протеинурии, электролитов крови.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, кардиолога, окулиста, гематолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, с ограничением белка, соли, продуктов богатых калием Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-18-20 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии показателей азотемии, СКФ, электролитов крови 1р. в 3 мес.
2. Рек. кардиолога: трифас 10 мг утром, физиотенс 0,2-0,4 мг утром амлодипин 2,5-5 мг, бисопролол 2,5-5 мг веч.
3. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ. конс. лазерного хирурга.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит. железы.
5. Рек. нефролога: продолжить симптоматическое лечение ОПП, гипотензивная терапия в прежнем объеме, антибактериальная терапия, нормазе 30 мл 1-2 р\сут, тардиферон 1т\сут. Показано применение эритропоэтинов: мерцера или рекормон или эпобиокрин 2000 МЕ \*3р/нед. применение мочегонных препаратов 3р/нед. Диета с ограничением белка, соли, продуктов богатых калием. Содовые клизмы и в/в введение кальция глюконата 20,0 при гиперкалиемии. При возникновении ургентных показаний: метаболический ацидоз, отек легких, мозга, гиперкалиемия – проведение сеанса ургентного гемодиализа в условиях городского центра гемодиализа.
6. Продолжить лечение в терапевтическом отделении по м\ж.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.