#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 372

##### Ф.И.О: Маринин Олег Константинович

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Запорожье, ул. Развлечения 27-9

Место работы: н/р

Находился на лечении с 16.03.15 по 27.03.15 в диаб. отд. (ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст терминальная стадия, в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Начальная катаракта ОД. Незрелая катаракта OS. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая, уремическая энцефалопатия. Цереброастенический с-м. Когнитивная дисфункция. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Ф.кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии, III степени. Анемия.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: 17.02.15 (со слов) гипогликемическая. С начала заболевания ССП. С 2002 в связи с декомпенсацией переведен на инсулинотерапию. С 2005 отмечается протеинурия. С 2010 повышение азотистых шлаков. 26.02.15 госпитализирован в эндокриндиспансер, где переведен на дробную схему инсулинотерапии. В наст. время принимает: Акрапид НМ п/з- 4-6ед., п/о 4-6 ед, п/у-4-6ед. Протафан НМ 22.00 – 4-6 ед. Гликемия –5,8-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2010г. С 2007 трофическая язва правой стопы. 10.03.15 проведено заседание комиссии УОЗ ОГА с назначения гемодиализа. Рекомендовано : дообследование, согласно приказа ДОЗ ЗОГА № 933, очередность на ГД. 12.03.15 переведен в отделение трансплантации ЗОКБ для формирования АВ фистулы в левой передней локтевой области. Повторно госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

17.03.15 Общ. ан. крови Нв – 60 г/л эритр – 1,8лейк – 5,1 СОЭ – 65 мм/час

э- 0% п-1% с- 69% л- 22 % м- 8%

22.03.15 Общ. ан. крови Нв – 60 г/л эритр – 2,0лейк – 5,0 СОЭ – 75 мм/час

э- 0% п-1% с- 58% л- 37 % м- 4%

23.03.15 Общ. ан. крови Нв – 61 г/л эритр – 2,0 СОЭ – 75 мм/час

16.03.15 Биохимия: мочевина –21,2 креатинин – 1089

17.03.15 Биохимия: олл – 4,02тригл – 0,8ХСЛПВП -0,89 ХСЛПНП – 2,76Катер – 3,5 бил общ – 9,2бил пр –1,8 тим –0,90 АСТ – 0,18 АЛТ – 0,11 ммоль/л;

27.03.15 Биохимия: мочевина –14,8 креатинин – 802

17.03.15 Анализ крови на RW- отр

17.03.15 Амилаза – 43,5

16.03.15 Гемогл – 79,5 ; гематокр –0,24 ; общ. белок – 59 г/л; К – 4,8 ; Nа – 139 ммоль/л

18.03.15 К- 4,9 ммоль/л

23.03.15 К – 5,0 ммоль/л

27.03.15 К - 4,8 ммоль/л

22.03.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 7 мин.; ПТИ –93,8 %; фибр –5,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4\*12-4

18.03.15 Проба Реберга: Д- 0,75л, d- мл/мин., S- 0,52кв.м, креатинин крови- 1057мкмоль/л; креатинин мочи- 5640мкмоль/л; КФ-2,38 мл/мин; КР- 78,1 %

### 22.03.15 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк – в п/зр белок – 0,846 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

18.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -7000 эритр – 1500 белок – 0,800 цил – 5 в кам.

23.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр – 250 белок – 0,735

18.03.15 Суточная глюкозурия отр; Суточная протеинурия – 0,586

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 |
| 16.03 |  | 14,5 | 10,8 | 8,4 |
| 17.03 | 2,7 | 6,5 | 8,0 | 5,0 |
| 18.03 | 4,8 | 7,6 | 7,5 | 4,2 |
| 20.03 | 9,1 | 15,2 | 15,2 | 13,8 |
| 21.03 | 7,5 | 11,4 | 13,2 | 8,0 |
| 22.03 | 10,3 | 7,5 | 6,6 | 6,7 |
| 23.03 | 9,4 | 10,7 | 16,6 | 14,0 |
| 24.03 |  | 13,1 | 15,0 | 9,8 |
| 25.03 | 5,8 | 10,1 | 9,1 | 6,6 |
| 26.03 | 5,0 | 5,9 | 2,9  19,00-5,7 | 10,1 |
| 27.03 | 7,0 |  |  |  |

16.03.15Невропатолог: Диабетическая урологическая энцефалопатия. Цереброастенический с-м, когнитивная дисфункция.

17.03.15.Окулист: Осмотр в ОИТ

Помутнения в хрусталиках ОИ, в OS выраженные. Гл. дно ОS: под флером, детали не офтальмоскопируются. Гл. дно ОД: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II Единичные микроаневризмы, экссудаты, множественные лазерокоагулянты. Дз: Начальная катаракта ОД. Незрелая катаракта OS. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.03.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда переднебоковой области (слабо «-» зТ в V5-6).

17.03.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени.

17.03.15 Осмотр зав. отд трансплантации Русанов И.В. на момент осмотра данных за острое гнойное воспаление нет.

18.03.15 Р-гр ОГК: обогащение лег. рисунка в н/отд, корни малоструктурны, сердце – увеличен левые отделы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, гепарин, бисопролол, цефепим, тауфон, детралекс, лиотон-гель, атерокард, лазикс, корвалол, аминолон, глиателин, фуцис, каптоприл, амлодипин, ноотропил, флуканазол, фенигидин, гемодиализ 16.03.15, 20.03.15, 24.03.15.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 130/80 мм рт.ст. Больной выписывается для дальнейшего лечения, проведения гемодиализа в терапевтическом отд. по м\жительства.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-8-10ед., п/о- 6-8ед., п/уж – 4-6ед., 22.00 Протафан НМ 6 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., азотистых шлаков ,К в динамике, сывороточное железо с последующим назначением препаратов железа, эритропоэтинов.
2. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг утром, амлодипин 5-10 мг/сут. Контроль АД, ЭКГ.
3. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, Оперативное лечение ФЭК + ИОЛ.
4. Перевязки трофической язвы стопы с Н2О2 и диоксизолем.
5. Употребление сорбентов: энтеросгель 1 ст. л 3 р\день.
6. Рек.зав. отд трансплантации Русанов И.В: лечение основного заболевания, снять швы в месте постановки АВ фистулы 30.03.15 по м\жительства. Проведение диализа через диализные катетеры до созревания фистулы (при возможности обеспечить постановкой диализных катетеров). Постановка временных катетров по м\жительства. Детралекс 1/2 т 1 р/день, местно лиотон-гель 3 р\день.
7. Рек.диализной комиссии: очередность на ГД в условиях диализного центра г. Бердянска.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.