#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 910

##### Ф.И.О: Кравченко Рита Николаевна

Год рождения: 1959

Место жительства: Ореховский р-н, ул. Садовая 34

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 27.07.15 по 06.08.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальные проявления диабетической полинейропатии н/к, сенсорная форма. ХБП II ст. мезангиопролиферативный гломерулонефрит ( нефробиопсия 3.10.13), артериальная гипертензия, анемия. Инфекция мочевыводящих путей. ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. САГ II ст. Дисциркуляторная гипертоническая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Анемия смешанного генеза (миелотоксическая).

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 20 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, никтурия 4р за ночь, бессонница, снижения памяти.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 14ед. Гликемия –3,6-8,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает рамизес 5 мг, бисопролол 5 мг. Наблюдается и лечится в нефрологическом отд. ЗОКБ с 18.09.13 по поводу ХБП II ст., мезангиопролиферативный гломерулонефрит, артериальная гипертензия. 03.10.13 выполнена нефробиопсия – мезангиопролиферативный гломерулонефрит. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.07.15 Общ. ан. крови Нв –110 г/л эритр – 3,5 лейк 5,3 СОЭ – 32 мм/час

э- 2% п- 1% с- 50% л- 42% м- 5%

01.08.15 Общ. ан. крови Нв –115 г/л эритр – 3,5 лейк – 8,6 СОЭ – 36 мм/час

э- 1% п- 4% с- 66% л- 27% м- 2%

28.07.15 Биохимия: СКФ –76 мл./мин., хол –4,4 тригл -1,37 ХСЛПВП -0,80 ХСЛПНП – 3,0Катер -4,5 мочевина –7,0 креатинин –87 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим –3,5 АСТ – 0,14 АЛТ – 0,12 ммоль/л;

31.07.15 К –3,8 ; Nа – 144 ммоль/л

03.08.15 мочевина – 5,8 креатинин – 81,0 СКФ – 81,0

### 29.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – на ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

### 02.08.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1/3 на в п/зр белок – 0,09 ацетон –отр; эпит. пл. -у ; эпит. перех. - умв п/зр

30.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -287500 эритр - 1000 белок – 0,080

03.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -62500 эритр - 7500 белок – 0,025

06.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - 500 белок – отр

29.07.15 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – 0,028тр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.07 | 4,5 | 5,1 | 6,0 | 4,7 |
| 30.07 | 4,8 | 4,3 | 6,7 | 6,1 |
| 01.08 | 5,5 | 5,2 | 4,1 | 5,7 |

28.07.15 Невропатолог: Дисциркуляторная гипертоническая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Начальные проявления диабетической полинейропатии н/к, сенсорная форма.

28.07.15 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,7

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

27.07.15 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

31.07.15 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. САГ II ст.

31.07.15 ЭХО КС: КДР- 4,6см; КДО- 100,2мл; КСР- 3,0см; КСО- 35мл; УО- 64мл; МОК-4,1 л/мин.; ФВ-644 %; просвет корня аорты -3,2 см; ПЛП -3,1 см; МЖП –0,95 см; ЗСЛЖ –1,0 см; ППЖ- 1,34см; ПЛЖ- 4,66см; По ЭХО КС: Уплотнение стенок аорты.

31.07.15 Нефролог: ХБП II ст.: пиелонефрит, инфекция мочевыводящих путей, артериальная гипертензия.

04.08.15 Гематолог: Анемия смешанного генеза (миелотоксическая).

27.07.15 УЗИ почек: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме правой почки, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

30.07.15 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

Лечение: Хумодар Б100Р, сорбифер, бисопролол, офлоксацин, рамизес , цефтазидим .

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к, поясничной области. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-10-14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., протеинурии 1р в 6 мес
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 г/сут, фозиноприл 10 г/сут, Контр АД, ЭКГ,
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., ноотропил 10,0 в/в стр № 10, нейробион 3,0 в/м №.
9. Рек. нефролога: диета с ограничением соли, белка. Наблюдение терапевта по м/ж и нефролога ЗОКБ, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии, суточной протеинурии, протеинограммы 1р. в 3-4 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес. Контроль диуреза.
10. Рек. гематолога: тардиферон 1т./д. утр. постоянно, селен 50 мкг/д 40 дней во время еды.. Дан совет по режиму и питанию. Контроль ч/з 1мес с анализом крови по м/ж.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.