#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 976

##### Ф.И.О: Шемета Антонина Степановна

Год рождения: 1967

Место жительства: К-Днепровский р-н, с .Нововодяное, ул. Чкалова 39

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 13.08.15 по 28.08.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. С-м диабетической стопы. Трофическая язва правой стопы. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст. СН 1 . САГ Ш ст. Миелотоксическая анемия средней степени. Полип цервикального канала, Нарушение менопаузы. Климактерический с-м. ДДПП на поясничном уровне, с-м цервикалгии мышечно-тонический, болевой с-м. Хроническое рецидивирующее течение.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 225/100 мм рт.ст., головные боли, склонность к диареи, шаткость при ходьбе, чувство тяжести в эпигастрии, головокружение гипогликемические состояния 3-4 р/нед в ночное время, учащенное сердцебиение, боли по ходу позвоночника, незаживающая трофическая язва правой стопы, боли в поясничной области, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая – 2001, кетоацидотическая – 1999. Постоянно инсулинотерапия. Ранее принимал Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Фармасулин Н, Фармасулин НNР. С 2011 г переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о- 6ед., п/у-4 ед., Протафан НМ 22.00 – 14 ед. Гликемия –10,8-8,0-14,3 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к с начала заболевания. Трофическая язва пр. стопы с 2011 года. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает фозикард 10 мг, индап 2,5 мг, диротон 1т/сут. Повышение показателей азотемии у пациентки отечалось течении 2-4 лет. В 2007 выявлен ДТЗ по поводу которого принимала в течении 1,5 лет тиреостатическую терапию метизолом. В настоящий момент тиреостатики не принимает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.08.15 Общ. ан. крови Нв – 91 г/л эритр – 2,9 лейк – 5,8 СОЭ –6 мм/час

э- 2% п- 0% с- 56% л- 42 % м- 1%

14.08.15 Биохимия: СКФ –14,02 мл./мин., хол –6,5 тригл -2,1 ХСЛПВП -0,93 ХСЛПНП -4,61 Катер -6,0 мочевина – 15,1 креатинин – 424,6 бил общ –13,0 бил пр –3,2 тим –1,0 АСТ – 0,45 АЛТ – 0,35 ммоль/л;

14.08.15 К – 4,9 ; Nа –132 С а- 2,08 ммоль/л

21.08.15 ТТГ – 1,9 (0,4-4,0)

21.08.15 К -5,0 Nа – 140 ммоль/л

21.08.15 креатинин 430,8, мочевина – 14,4

17.08.15 Проба Реберга: Д-1,3 л, d-0,9 мл/мин., S-1,66кв.м, креатинин крови-430,8 мкмоль/л; креатинин мочи- 5,820мкмоль/л; КФ-12,67 мл/мин; КР- 92,9%

### 17.08.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 4-6 в п/зр белок – 1,1 ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

18.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 250 белок – 1,339

17.08.15 Суточная глюкозурия – 0,32%; Суточная протеинурия – 1,79

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.08 |  |  | 11,2 | 3,7 | 5,1 |
| 14.08 | 9,5 | 8,5 | 14,5 | 8,8 |  |
| 16.08 | 15,8 | 5,8 | 7,5 | 3,6 |  |
| 18.08 | 3,0 | 7,4 | 4,4 | 6,1 |  |
| 21.08 | 4,1 | 4,3 | 6,1 | 6,3 |  |
| 24.08 |  | 11,0 | 5,7 | 12,2 | 16,0 |
| 25.08 6.00-6,0 |  |  |  |  |  |
| 26.08 | 5,2 |  | 14,2 | 15,7 |  |
| 27.08 |  | 4,3 | 5,8 | 3,8 |  |

12.08.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м,. ДДПП на поясничном уровне, с-м цервикалгии мышечно-тонический, болевой с-м. Хроническое рецидивирующее течение.

14.08.15Окулист: (осмотр в палате)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.08.15ЭКГ: ЧСС – 85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочкас перегрузкой. Умеренные изменения изменения миокарда ЛЖ по перегородке.

17.08.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст. СН 1 . САГ Ш ст.

12.08.15Хирург 3-й гор. больницы, отд. диабет. стопы: С-м диабетической стопы. Трофическая язва правой стопы

20.08.15Нефролог: ХБП IV ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия. (СКФ 15,2)

19.08.15 УЗИ ОМТ: Эхопризнаки патологии эндометрии, полипа цервикального канала, кистозных изменений правого яичника.

26.08.15 ФГ ОГК: усиление легочного рисунка в н. отд. слева. Синусы облитерированы, сердце без особенностей.

25.08.15 Гематолог: Миелотоксическая анемия средней степени.

26.08.15 пульмонолог: на момент осмотра данных в пользу воспалительной (и другой) патологии бронхолегочной системы нет. Спаечный процесс левой плевральной полости («старый») как последствия ранее перенесенного плеврита. Преобладает отечный «застойный» с-м на фоне диабетической нефропатии и декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности (ГБ, метаболическая кардиомиопатия). Рекомендовано наблюдение кардиолога, нефролога в плановом порядке.

19.08.15 УЗИ мол. желез: Эхопризнаки фиброцистаденоматоза с преобладанием железистого компонента.

21.08.15Гинеколог: Полип цервикального канала, Нарушение менопаузы. Климактерический с-м.

26.08.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме почек с уменьшением объема функционирующей паренхимы, диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, свободной жидкости в плевральных полостях справа, небольшого количества свободной жидкости в брюшной полости.;

12.08.15 На р-гр правой стопы в 2х проекциях определяется перестройка костной ткани с наличием кистовидного просветления в головке 1 плюсневой кости. Сужение суставных щелей и деформация в плюснефаланговых суставах, более выражено в 1 суставе.

18.08.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6 см3; лев. д. V = 4,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, фуросемид, индап, бисопролол, амлодипин, мидокалм, нормазе, перевязки с 3% Н202 диоксизолем, гентаксаном

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст. На фоне диуретической терапии стабилизировалось проявление отечного с-ма. Больная осмотрена смежными специалистами: кардиологом, нефрологом, пульмонологом, даны соответствующие рекомендации. Рекомендовано контролировать в амбулаторных условиях показатели азотемии, СКФ, электролитов крови. При нарастанию явлений азотемии, снижении скорости клубочковой фильтрации, гиперкалиемии рекомендовано конс. областного нефролога Остапенко Т.И. для решения вопроса о необходимости проведения лечения хр. гемодиализом (представление на диализную комиссию).

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, окулиста, кардиолога, гематолога, нефролога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, диета с ограничением белка соли, продуктов богатых калием.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 6-9ед., п/о- 6-9ед., п/уж – 2-4ед., Протафан НМ 22.00 9-11ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., СКФ, показателей азотемии, электролитов кови, протеинурии 1р в 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: небивалол 2,5-5 мг 1р\сут трифас 5 мг утром, физиотенс 0,2 мг 1р веч. Контр АД, ЭКГ.
7. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Рек. окулиста: трайкор 1т 1р/д,. оптикс форте 1т 1р\д
10. Рек нефролога: контроль ан. крови мочи, показателей азотемии в динамике. УЗИ МВС с определением размеров почек 1р 6-12 мес, диета с огрничением белка соли, продуктов богатых калием. Бисопролол 5 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, нормазе 30 мл/сут 2-3 р нед, фуросемид 1 т \* 2-3 раза в нед, тардиферон 1т/сут.
11. Рек гематолога: тардиферон 2т/д 1 мес затем 1т/д постоянно, ундевит 1т 3р\д 1 мес, селен 50 мкг 1т\д 40 дней во время еды. Дан совет по режиму и питанию. Наблюдение по м\ж.
12. Рек гинеколога: наблюдеие по м/ж.
13. Рек. хирурга: наблюдение хирурга по м\ж, перевязки с гентаксаном.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

/Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.