#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1192

##### 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 01.10.15 по 19.10.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. Нефротический с-м, артериальная гипертензия. Инфекция мочевыводящих путей. Анемия хронического больного. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. С-м диабетической стопы. Трофическая язва правой стопы. Метаболическая кардиомиопатия СН II А. ф.кл 1. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейном уровне. С-м цервикалгии. Мышечно-тонический с-м.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 3-5 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки лица, живота, голеней, гипогликемические состояния 2р/нед, длительно незаживающую трофическую язву правой стопы, одышку при малейшей физической нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая 1996, гипогликемическая - 2001. Постоянно инсулинотерапия. Ранее принимала Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-8-9 ед., п/о-6 ед., п/у- 3-2ед., Протафан НМ 22.00 – 11 ед. Гликемия –2,0-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 08.2015г. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол ½ т утром, амлодипин ½ т 1р\д. В 2007 перенесла ДТЗ, абсцесс левой ягодичной области. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.10.15 Общ. ан. крови Нв –81 г/л эритр –2,4 лейк – 6,9 СОЭ – 20 мм/час

э- 2% п- 4% с- 66% л- 22 % м- 6%

09.10.15 Общ. ан. крови Нв – 73 г/л эритр –2,3 лейк – 8,7СОЭ –4,3 мм/час

э- 3% п- 1% с- 67% л- 19% м- 40%

02.10.15 Биохимия: СКФ –14,2 мл./мин., хол –5,1 тригл -1,32 ХСЛПВП -1,25 ХСЛПНП -3,25 Катер -2,08 мочевина –27,7 креатинин – 416 бил общ –13,2 бил пр 3,3 тим –1,8 АСТ – 0,53 АЛТ – 0,6 ммоль/л; общ белок – 56 г/л

09.10.15 Биохимия: мочевина –17,4 креатинин – 475,2 бил общ –10,5 бил пр –2,6 тим 3,0– АСТ –0,34 АЛТ – 0,29 ммоль/л;

02.10.15 Анализ крови на RW- отр

12.10.15 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

02.10.15 К – 4,6 ; Nа 136,2 Са – 1,96 ммоль/л

09.10.15 К – 5,5 ; Nа – 140 Са – 2,16 ммоль/л

14.10.15 К – 4,4 ммоль/л

19.1.015 К – 5,0, Са – 1,78 ммоль/л.

05.10.15 Коагулограмма: ПТИ – 100 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ –105 %; св. гепарин – 0

### 02.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 1-2 в п/зр белок – 1,09 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

06.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 7500эритр - 500 белок – 1,34

12.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - белок – 1,56

05.10.15 Суточная глюкозурия –0,4%; Суточная протеинурия – 1,98

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.10 | 6,9 | 7,7 | 7,4 | 6,6 |  |
| 04.10 | 9,0 | 7,0 | 5,5 | 10,2 |  |
| 0810 | 16,2 | 10,5 | 7,9 | 4,8 |  |
| 11.10 | 3,6 | 6,6 | 14,3 | 18,0 | 13,8 |
| 14.10 | 6,7 | 9,6 | 6,0 | 11,7 | 10,4 |

02.10.15Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейном уровне. С-м цервикалгия. Мышечно-тонический с-м.

16.10.15Окулист: (осмотр в ОИТ)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, Вены неравномерно расширены. Ретинальные геморрагии. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.10.15ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

06.10.15.Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II А. ф.кл 1. САГ Ш ст.

06.10.15 на р- гр ОГК легкие в полном объеме в н/отд снижение воздушности за счет плевральных наслоений , слева легочной рисунок обогащен в н/отд. Сердце - увеличен левый желудочек.

28.09.15 Осмотр зав. нефрологическим отделением: Остапенко Т.И: ХБП V, диабетическая нефропатия, нефротический с-м, артериальная гипертензия, вторичная кардиопатия. СН II б. ф. кл II.

12.10.15 Дуплексное сканирование артерий в/к: Условия для фистулы лучше выражены справ анна уровне локтевого сгиба.

13.10.15Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз тот же, терапия согласована.

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

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.

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.

13.10.15 выписка из протокода отборочной комиссии УОЗ: Дз: «СД тип 1, ХБП V, диабетическая нефропатия, нефротический с-м, с-м диабетической стопы» Решение «Наложение AV фистулы, очередность на гемодиализ в условиях ЗОКБ»

16.10.15 Осмотр зав.отд. трансплантологии Русанов И.В.: ХПБ Vст. Показано формирование AV фистулы. Госпитализация на 18.09.15.

Лечение: тардиферон, бисопролол, амлодипин, сорбекс, лазолван, фуросемид, Актрапид НМ, Протафан НМ, цефтриаксон, перевязки с гентоксаном, мидокалм, фламидез, фенигидин.

Состояние больного при выписке:. СД субкомпенсирован, компенсировать полносью не удается из-за тяжести состояния, уменьшились боли в н/к, отеки голеней, стоп Значительно уменьшились отеки лица, туловища, в/к. АД 130/80-160/90 мм рт. ст. Диурез 1,1-1,6 л/сут ( выпивает 600,0мл-1,0л / сут). при переводе на таблетированые мочегонные препараты диурез снижается. Сохраняется трофическая язва пр. стопы с умеренным сукровичным отделяемым.

Рекомендовано:

1. Перевод в отделение трансплантации ЗОКБ для наложение АВ фистулы, согласован с зав отд. Русановым И.В.
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-8-10 ед., п/о-6-8 ед., п/уж -4-6 ед., Протафан НМ 22.15 15 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Рек. кардиолога: амлодипин 10 мг, трифас 20 мг, физиотенс 0,2 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Бисопролол 5 мг утром, амлодипин 5 мг\сут, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Решение отборочной комиссии УОЗ: Наложение AV фистулы, очередность на гемодиализ в условиях ЗОКБ.
10. Рек. окулиста: трайкор 1т 1р/д,, оптикс форте 1т 1р\д
11. Тардиферон 1т/сут. Показано лечение препаратами эпобиокрин.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.