#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1293

##### Ф.И.О: Кондрух Лидия Николаевна

Год рождения: 1957

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки ул. Шолохова 5

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 24.10.16 по 09.11.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Артериальная гипертензия. Анемия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Частичный гемофтальм ОД. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ИБС, диффузный кардиосклероз. Метаболическая кардиомиопатия СН II А САГ Ш ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Вправленная послеоперационная рубцовая вентральная грыжа больших размеров. Пневмония справа в нижней доле. Ожирение I ст. (ИМТ 35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст, частые гипогликемические состояния вплоть до ком с вызовом СМП и в/в введением глюкозы, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). В 2015 во время стац лечения в ОКЭД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100 Р п/з- 24-26ед., п/у-14 ед. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД более 20 лет. В течение последнего месяца стала отмечать частые гипогликемические состояния, вплоть до ком. В 2015 выявлена нефропатия: протеинурия, отеки, повышение уровня шлаков. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД. В связи с гликемией 1,2 моль\л госпитализирована в ОИТ.

Данные лабораторных исследований.

25.10.16 Общ. ан. крови Нв – 84 г/л эритр –2,6 лейк –5,2 СОЭ – 36 мм/час

э- 1% п-4 % с- 72% л- 21% м- 2%

31.10.16 Общ. ан. крови Нв –100 г/л эритр – 3,0 лейк –6,6 СОЭ 30 мм/час

э- 1 п-0 % с- 64% л- 31% м- 4%

05.11.16 Общ. ан. крови Нв –100 г/л эритр – 3,3 лейк –5,8 СОЭ 18 мм/час

э- 1 п-2 % с- 70% л- 24% м- 3%

08.10.16 Общ. ан. крови Нв –92 г/л эритр – 2,7 лейк –7,5 СОЭ 20 мм/час

э- 1 п-1 % с- 74% л- 22% м- 2%

25.10.16 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –4,4 тригл -0,86 ХСЛПВП -1,28 ХСЛПНП - 27Катер -2,4 мочевина – 10,7 креатинин –263,3 бил общ –9,6 бил пр –2,4 тим –3,1 АСТ –0,28 АЛТ – 0,15 ммоль/л; а-амилаза – 29 ед /л (0-90)

30.10.16 СКФ – 28,44

07.11.16 СКФ – 18,2 мочевина – 16,5, креатинин – 168,6

09.11.16 креатинин – 3,48

25.10.16 Анализ крови на RW- отр

05.07.16ТТГ – взят

24.10.16 Гемогл – 98 ; гематокр –0,3 ; общ. белок – 71,8 г/л; К – 4,2 ; Nа – 140 ммоль/л

26.10.16 К – 4,14 ммоль/л

30.10.16 К – 4,7 ммоль/л

08.11.6 К – 3,86 ммоль/л

07.11.16 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ –68,2 %; фибр –4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –88 %; св. гепарин – 8\*10-4

26.10.16 Проба Реберга: Д- 0,35л, d-0,24 мл/мин., S- 2,12кв.м, креатинин крови-287,7 мкмоль/л; креатинин мочи- 5,568мкмоль/л; КФ-3,79 мл/мин; КР- 93,7 %

### 25.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 12-16 в п/зр белок – 2,75 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. почечн 1-2 цил 2-3 в п/зр фосфаты

### 30.10.16 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк 2-3 эрит 0-1-2 в п/зр белок – 0,745 ацетон –отр; эпит. пл. - ум в п/зр слизь

26.10.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – 0,64

31.10.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6500 эритр -500 белок – 2,0 цил зерн -3 геалиновые – 6

06.11.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - 500 белок – 0,870

26.11.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,618

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 700 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 24.10 |  | 1,2 | 2,4 | 6,1 | 4,4 |
| 26.10 | 9,3 | 8,3 | 8,1 | 9,7 |  |
| 28.10 | 6,3 | 7,5 | 3,7 | 5,7 |  |
| 30.10 | 6,0 | 5,5 | 7,0 | 5,7 |  |
| 01.11 | 5,0 | 4,1 | 5,0 | 6,3 |  |
| 03.11 | 6,8 |  |  |  |  |
| 05.11 | 5,4 | 5,1 |  |  |  |
| 07.11 | 6,78 | 5,8 | 7,5 | 5,3 |  |
| 08.11 | 5,9 |  |  |  |  |

26.10.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

27.10.16Окулист: осмотр в ОИТ

Гл. дно: OS под флером, по периферии видны отдельные сосуды. ОД: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: Частичный гемофтальм ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

24.10.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Изменения миокарда заднебоковой области диффузного характера. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

26.10.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. Метаболическая кардиомиопатия СН II А-Б? САГ Ш ст

25.10.16 Р-гр ОГК: справа в н/д снижение воздушности за счет инфильтрации легочной ткани. Корни малоструктурны. Справа в корне гиперплазированные л/узлы, сердце – увеличены левые отделы. Закл: Пневмония справа в н/д.

31.10.16 ФГ № 99899: в легких слабоположительная динамика. Инфильтрация уменьшилась, стала менее интенсивной. В корне справа определяется конгломеративное образование, возможно гиперплазированные л/узлы. Сердце – увеличены левые отделы. Рекомендовано дообследование КТ или МРТ ОГК.

07.11.16 Р-гр огк № 100081: легкие без патологических изменений. Гипертрофия ЛЖ.

02.11.16 Хирург: Вправленная послеоперационная рубцовая вентральная грыжа больших размеров.

04.11.16Нефролог: ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Артериальная гипертензия. Анемия.

04.11.16 пульмонолог: коррекция терапии. Назначено дообследование.

28.10.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника, опущения подвижности правой почки, лейомиоматозного узла в миометрии.

01.11.16.Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Диагноз см. выше. коррекция терапии.

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р,глюкоза 40%, предуктал MR, спиронолактон ,магникор, фелодип, валериана, аспаркам, фенигидин, мукалтин, трифас, каптоприл, цефтриаксон, колдрес ,каптоприл, левофлокс, лазикс, ксантинол, актовегин, тиоктиацид, абифлокс, физиотес, витаксон, эуфиллин, линекс, лазолван, эмсеф, магникор, небивалол, розарт, амлодипин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, гипогликемические состояния не отмечаются, уменьшились, отеки н/к, боли в н/к. кашля одышки нет, диурез достаточный. Сохраняется гипертензия. АД150/90-200/100 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з 12 ед,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии, креатинина, калия, СКФ, суточный диурез.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: физиотенс 0,4 мг, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес, трифас 20 мг утром, амлодипин 10 мг\сут. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Физиотенс 0,4мг 1-2 р/сут, амлодипин 10 мг\сут, бисопролол 5-10 мг\сут, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД, ЧСС.
8. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит. железы.
10. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии, калия крови. Контроль веса, диуреза. Адекватная гипотензивная терапия без применения ингибиторов АПФ и АРА II. В лечении азомекс 10 мг, бисопролол 5 мг, физиотенс 0,2-0,4 мг\сут, дуфалак 30 мл 1-2р/сут 2-3 р в неделю, тардиферон 1т\сут. мочегонные препараты. При снижении СКФ ниже 15 мл\мин и гиперкалиемии предоставить пациентку на диализную комиссию
11. Рек. окулиста: йодистый калий 2% 2к 4р/д в OS, оптикс форте 1т 1р\д
12. Рек хирурга: наблюдение хирурга по м\ж, ношение бандажа. Оперативное лечение в плановом порядке.
13. Рек пульмонолога: нуждается в дообследовании КТ ОГК + в/в контрастирование.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.