#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1581

##### 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 1 гр.

Находился на лечении с 22.12.15 по 06.01.16 в диаб. отд. (ОИТ 25.12.15-06.01.16)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст., нефротический с-м. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. С-м диабетической стопы. Трофическая язва правой стопы. Метаболическая кардиомиопатия СН II А ф.кл. Ш. САГ Ш ст. Правостороння «застойная» пневмония с локализацией в н/доле.

Жалобы при поступлении на снижение диуреза до 500 мл, боли в поясничной области, отеки ног, лица, увеличение веса на 10 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 195/100 мм рт.ст., головные боли, снижение памяти, общая слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая – 1996, гипогликемическая – 2010. С начала заболевания инсулинотерапия ( Хумодар Р1—Р, Хумодар ББ100Р, Фармасулин Р, Фармасулин HNP). В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 9ед., п/о- 6ед., п/у- 4ед., Протафан НМ 22.00 – 11 ед. Гликемия –8,6-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг, амлодипин 5 мг. Трофическая язва правой стопы с 2011г. Повышение азотистых шлаков в течении 5 лет. 13.10.15 комиссией УОЗ принято решение наложение АВ фистулы, очередность на гемодиализ в условиях ЗОКБ. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.12.15 Общ. ан. крови Нв – 84 г/л эритр –2,6 лейк – 5,1 СОЭ – 52 мм/час

э- 0% п- 5% с- 55% л- 38 % м-2 %

01.01.16 тромб - 160

02.01.16 Общ. ан. крови Нв –72 г/л эритр – 2,3 лейк –5,1 СОЭ –34 мм/час

э- 0% п-3% с-49 % л- 46% м- 2%

04.01.16 тромб - 190

23.12.15 Биохимия: СКФ –10,0 мл./мин., хол 8,2– тригл -1,23 ХСЛПВП -2,17 ХСЛПНП -5,5Катер -2,8 мочевина –16,5 креатинин – 636,0 бил общ –13,0 бил пр –3,2 тим – 0,56 АСТ – 0,16 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

28.12.15 мочевина – 22,0 креатинин – 583,2 общ белок – 42,6

03.01.16 мочевина – 20,7 креатинин – 673

24.12.15 тропонин - отр

25.12.15К – 5,5 ; Nа –147,2 Са – 1,70 ммоль/л

27.12.15 К – 4,78 ммоль/л

28.12.15 Гемогл – 66 ; гематокр –0,2 ; общ. белок – г/л; К – 4,2 ммоль/л

03.12.15 Гемогл – 70 ; гематокр – 0,23 ; общ. белок –46,9 г/л;

06.01.15 К – 5,54 ммоль/л

26.12.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 20 мин.; ПТИ – 94,9 %; фибр – 4,0г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4\*10-4

04.01.16 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 107,4 %; фибр – 3,3г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

### 23.12.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 3-5 в п/зр белок – 1,9 ацетон –отр; эпит. пл. ед ; эпит. перех. - в п/зр

26.12.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр -500 белок – 2,269

04.01.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - 500 белок – 2,02

25.12.15 Суточная глюкозурия – 0,35 %; Суточная протеинурия – 1,944

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.12 | 2,8 | 4,9 | 3,9 | 7,2 |  |
| 25.12 |  |  | 13,6 | 13,9 | 9,2 |
| 27.12 | 3,2 | 11,2 | 8,4 | 6,6 |  |
| 29.12 | 4,8 | 8,9 | 5,3 | 5,7 |  |
| 31.12 | 4,8 | 4,3 | 5,1 | 5,2 |  |
| 02.12 | 7,6 | 11,0 | 9,3 | 7,4 |  |
| 04.01 | 12,4 | 13,4 | 10,5 | 6,2 |  |
| 05.01 | 6,4 | 3,9 | 4,6 | 9,1 |  |
| 06.01 | 6,8 |  |  |  |  |

23.12.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS=0,9

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

25.12.15ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Удлинение эл систолы При сравнении с ЭКГ от 24.12.5 динамика положительная.

29.12.15ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Удлинение эл систолы. Уплощение з Т AVL, AVF V4 «-л» з.Т в V 5-6 гипокалиемия?

29.12.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II А ф.кл. Ш. САГ Ш ст.

25.12.15 Пульмонолог ЗОКБ: Правостороння «застойная» пневмония с локализацией в н/доле.

23.12.15 ФГ ОГК№ 92268: Пневмония справа в н/д на фоне появления застоя.

28.12.15 легкие в полном объеме справа в н/доле инфильтрация и наличие выпота до 0,5 л. Сердце – увеличен лев. желудочков.

04.01.16 на р- гр ОГК справа снижение воздушности за счет наличия выпота в плевральной полости до 0,5. Инфильтрации нет, корни малоструктурны, сердце, - увеличены левые отделы.

25.12.15 Нефролог: ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. нефротический с-м, артериальная гипертензия, анемия.

24.12.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, фиброзирования поджелудочной железы, обращает внимание наличие свободной жидкости в брюшной плевральных областях.

23.12.15Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В

04.01.16 конс. обл. позаштатным нефрологом Корнеевой С.П.: пациентка определена «комиссией по отбору на ГД» на лечение гемодиализа в порядке очередности. При появлении свободного места больная будет взята в лабораторию хронического ГД ЗОКБ для проведения гемодиализа или при необходимости ургентного гемодиализа. До этого рекомендовано консервативная симптоматическая терапия.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, больной проведен сен ультрафильтрации 01.01.2016, фуросемид, цефтриаксон, лазолван, гепарин, линекс, розувастатин, аминолон, серрата, бисопролол, эуфилин, феррум лек, каптоприл, лазикс, амлодипин, анальгин, перевязки с Н2О2 и гентаксаном, этамзилат

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 130/70 мм рт. ст. больная выписывается для дальнейшего лечения в условиях терапевт. отделения ( ОИТ) ЦРБ по м\ж. С больной проведена беседа о соблюдении режима питания, ограничения продуктов богатых калием, ограничения жидкости, исключение соли, контроль диуреза.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-4-6 ед., п/о-2-4-6 ед., п/уж – 4-6ед., Протафан НМ 22.00 5-7 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес. Контроль калия, азотистых шлаков ЭКГ, в динамике.
2. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг, амлодипин 10 мг веч, предуктал MR 1т 2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
3. Рек пульмонолога: серрата 1т 2р\д цефтриаксон 0,5 2р\сут в/в стр, муколван 4,0 в/в 2р\д.
4. Рек. окулиста: трайкор 1т 1р/д., оптикс форте 1т 1р\д, конс. лазерного хирурга.
5. Рек обл. позаштатного нефролога Корнеевой С.П: При появлении свободного места больная будет взята в лабораторию хронического ГД ЗОКБ для проведения гемодиализа. Учет веса, количество принятой и выделенной жидкости, ограничение продуктов богатых калием, ограничение соли. Госпитализация в ЗОКБ при необходимости проведения ургентных процедур гемодиализа ( гиперкалиемия, отек легких)
6. Рек асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: фуросумид 80-120 мг\сут, тардиферон 1т 2р\д, препараты эритропоетина, ограничение жидкости, ограничение сут. белка до 0,5 г на кг в сутки.
7. Перевязки с Н2О2 + гентаксан.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.