#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 529

##### Ф.И.О: Кривохатько Татьяна Александровна

Год рождения:1949

Место жительства: Запорожский р-н, с. Степное, ул. Песчаная д.1.

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 10.04.17 по 25.04.17 в диаб.отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма,

ст. субкомпенсации. ХБП IVст. Диабетическая нефропатияV ст. Нефротический синдром. Вторичная анемия легкой степени. ДЭП I, сочетанного генеза, цефалгический, церебро-астенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма NSS 5 NDS5, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатияОИ. Артифакия ОИ. Миопия ОИ.ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II Аф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН IIА. Риск 4. Ожирение III ст. (ИМТ 43 кг/м2) алиментарно-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб I, узлы обеих долей, эутиреоидное состояние. Хронический пиелонефрит в ст.ремиссии.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ночное и дневное время до 3-4 р/нед, ухудшение зрения, выраженные отеки н/к, снижение суточного диуреза, выраженную одышку при минимальной физической нагрузке и в положении лежа, периодически учащенное сердцебиение, увеличения веса на 10 кг за последние 2 года, повышение АД до 220/110, головные боли, боли в ногах, онемение, снижение чувствительности в пальцах рук и ног.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000 г. Развитие заболевания связывает с перенесенным стрессом. С начала заболевания ССП (сиофор, манинил). В 2010 г в связи с декомпенсацией переведена на инсулинотерапию. Получала Генсулин Н п/з 40 п/у 18 ед. Затем в связи с отсутствием Генсулина Н получала Фармасулин HNP в прежних дозах. Ранее течение заболевания было стабильным, однако в течение последних 6 месяцев отмечались частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Самостоятельно снизила дозы Фармасулин HNP до 36 ед п/з и 16 ед п/у. С осени 2016 г. появились выраженные отеки н/к и одышка. Последняя госпитализация в Эндокриндиспансер в 2015 г. Повышение АД в течение 30 лет, принимает амлодипин 10 мг 1т 2 раза в день, фуросемид 1 т утром при отеках, кардиомагнил 75 мг 1 таб на ночь. В 2015 г был выявлен узловой зоб Iст, ТТГ – 2,1 (0,3-4,0) Мме/мл; Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии и лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 11.04.17 | 123 | 3,7 | 5,6 | 32 | 0 | 3 | 75 | 20 | 2 |
| 24.04.17 | 105 | 3,2 | 10,6 | 50 | 2 | 1 | 81 | 14 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | Бил.общ | бил пр. | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.04.17 | 28,7 | 4,42 | 1,23 | 1,3 | 2,6 | 2,4 | 14,6 | 301,4 | 10,2 | 2,5 | 0,9 | 0,21 | 0,32 |
| 19.04.17 |  |  |  |  |  |  | 21,7 | 350,9 |  |  |  |  |  |
| 24.04.17 |  |  |  |  |  |  | 22,1 | 396,0 |  |  |  |  |  |

12.04.17Глик. гемоглобин – 7,1 %

11.04.17Анализ крови на RW- отр

12.04.17 ТТГ –2,6(0,3-4,0) Мме/мл

14.04.17 общий белок – 48,1 г/л

21.04.17 К – 5,3 ;Nа – 148 ммоль/л

14.04.17Проба Реберга: креатинин крови- 323.4 мкмоль/л; креатинин мочи –4,73мкмоль/л; КФ- 16,3 мл/мин; КР- 91,32 %

### 11.04.17Общ. ан. мочи уд вес –мало мочи лейк – 8-10 в п/зр белок – 2,216 г/л ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр, зернистые цилиндры 0-0-1 в п/з, слизь +, бактерии +.

19.04.17Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3000эритр – 0, белок – 1,81г/л

12.04.17Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – 1,96 г/сутки

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.04.17 | 3,4 | 5,9 | 5,6 | 9,1 |
| 13. 04.17 | 4,2 | 5,6 | 6,6 | 5,1 |
| 15.04.17 | 4,7 | 5,2 | 9,6 | 6,7 |
| 20.04.17 | 8,1 | 10,4 | 9,5 | 8,9 |
| 22.04.17 | 4,8 | 7,9 | 8,3 | 9,6 |

10.04.17 Невропатолог: ДЭП I, сочетанного генеза, цефалгический, церебро-астенический с-м. Хр. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма NSS 5 NDS5, хроническое течение. Р-но: Препараты липоевой кислоты в/в кап №10, витаксон 2,0в/м №10, луцетам 10,0в/в стр.

11.04.17 Окулист: Артифакия ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие, слева деколор. Миопический конус. А:V 1:2 Артерии сужены, извиты склерозированы. Вены неравномерного калибра, полнокровны. С-м Салюс I-II. Микроаневризмы, ед.твердые экссудаты. Д-з Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Миопия ОИ. Р-но: консультация лазерного хирурга для решения вопроса о ПРЛК на ОИ.

10.04.17 ЭКГ:ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл.ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.Малый рост з.RV1-V3

20.04.17. ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл.ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. АВ-блокада Icт.

Кардиолог: 11.04.17 Д-з:ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II Аф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН IIА. Риск 4. Р-но: ЭХО-КС , общий белок, трифас, физиотенс 0,2 мг, предукталMR1т 2р/д.

11.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст. допплер. артерий н/к, наблюдение ангиохирурга.

24.04.17 Нефролог: ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия V ст. нефротический синдром.артериальная гипертензия. Рекомендована диета с ограничением белка, соли, продуктов, богатых калием. В лечении адекватная гипотензивная терапия, использование мочегонных препаратов до 2-х раз в неделю, при снижении СКФ ниже 15 мл/мин. Или при выраженном отечном синдроме-представить на диализную комиссию согласно требованиям по отбору больных для лечения хроническим гемодиализом.

19.04.17 УЗИ почек:Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме почек, микролитов в почках без нарушения уродинамики (протокол на руках).

18.04.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован. Р-но: диета №9, ограничение белка до 0,8 г/кг/сут, продуктов, богатых калием, соли, ограничение жидкости до 800,0 мл /сут.; розувастатин 10 мг 1 таб вечером, фуросемид 40-60 мг в/в стр, затем по 1 таб утром натощак. Контроль электролитов уровня, общего белка, ан.мочи по Нечипоренко, небиволол 2,5-5 мг 1т сут, ЭХО-КС, консультация нефролога.

10.04.17 УЗИ щит.железы: Пр д. V = 8,4 см3; лев. д. V = 6,6 см3

Щит.железа увеличена, контуры неровные, фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, нескольконеоднородная. В правой доле в с/3 гиперэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,13\*0,86 см. В лев.доле в с/3 гидрофильный узел 0,8\*0,67 см.

Регионарныел/узлыне визуализируются. Закл.: Увеличение щит.железы. диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: фармасулин HNP, амлодипин 10 мг, фуросемид, нормазе, физиотенс, фенигидин, небиволол, розувастатин 10 мг, метоклопрамид, активированный уголь.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, подобрана инсулинотерапия, несколько уменьшились отеки н/к. АД снизилось до 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, нефролога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение белка до 0,8 г/кг/сут, продуктов, богатых калием, соли, ограничение жидкости до 800,0 мл /сут
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з-30-32 ед., п/уж –6-8ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес.,
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин10 мг) с контролем липидограммы.
6. Гипотензивная терапия: амлодипин 10 мг 1 т 2 р/день, физиотенс 0,4 по 1 т в обед, фуросемид 1 т утром натощак 2 раза в неделю, аспирин кардио 100 мг 1 таб на ночь.
7. Нормазе 30 мл утром, сорбенты: активированный уголь 1 таб на 10 кг массы тела, энтеросгель, атоксил, полисорб через день.
8. При выраженной тошноте метоклопрамид по 1 таблетке.
9. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
10. УЗИ щит.железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в год.
11. Рек.окулиста лазерного хирурга для решения вопроса о ПРЛК на ОИ.
12. Сорбифер дурулес 1т.1р в день 1 мес. Контроль ОАК. Лечение эритропоэтинами.
13. Рек.нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике. УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия, использование мочегонных препаратов до 2-х раз в неделю,. При снижении СКФ ниже 15 мл/мин. или при выраженном отечном синдроме - представить на диализную комиссию согласно требованиям по отбору больных для лечения хроническим гемодиализом.

##### Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В