#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 666

##### Ф.И.О: Кащей Анна Петровна

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье, б. Гвардейский 870 в/ч А 4320

Место работы: н/р

Находился на лечении с 04.05.17 по 16.05.17 в энд. отд. (ОИТ 04-.08.05.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, впервые выявлений. Ацетонурия. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II-ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Пиелонефрит в стадии обострения. Кисты обеих почек Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форм. Гипотиреоз ср. тяжести, впервые выявлений. Метаболическая кардиомиопатия СН I. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния с 09.2016, резкое ухудшение с 04.2017, за мед помощью не обращалась. 03.05.17 самостоятельно обратилась в лабораторию «Диасервис», глюкоза крови -20.97. 04.05.17 обратилась к эндокринологу ОКЭД, ацетон мочи 2+, глюкоза крови -20,97. Повышение АД в течение 20 лет, принимает тонорма 1т 1р/д . В ургентном порядке госпитализирована в ОИТ ОКЭД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 05.05 | 134 | 3,9 | 8,0 | 37 | 1 | 4 | 65 | 24 | 6 |
| 11.05 | 136 | 4,1 | 4,6 | 25 | 1 | 1 | 65 | 30 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.05 | 66,3 | 4,1 | 1,54 | 0,88 | 2,52 | 3,6 | 2,7 | 94,6 | 10,0 | 2,5 | 1,1 | 0,18 | 0,23 |

05.05.17Св.Т4 - 4,9 (10-25) ммоль/л; ТТГ –20,7 (0,3-4,0) Мме/мл

АТ ТГ - 193 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО –536,1 (0-30) МЕ/мл

03.05.17 К- 3,66

08.05.17 К- 3,37

10.05.17 С-пептид – 1,57 (1,1-4,4) нг/мл

04.05.17 Гемогл – 120 ; гематокр – 0,34 ; общ. белок 67,2– г/л; К – 3,9 ; Nа – ммоль/л

04.05.17 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр –4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ – %93; св. гепарин – 9

06.05.17 Проба Реберга: креатинин крови-84, мкмоль/л; креатинин мочи- 4840 мкмоль/л; КФ-144,0 мл/мин; КР- 98,25%

06.05.17К- 3,65

### 04.05.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – на все в п/зр белок – отр ацетон –2+; эпит. пл. - мноо; эпит. перех. - ед в п/зр

С 06.05.17 ацетон мочи – отр

10.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 62500 эритр - 1500 белок – отр

10.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 64500 эритр - 250 белок – отр

12.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 23500 эритр - белок – отр

15.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 12000 эритр - белок – отр

06.05.17 Суточная глюкозурия – 0,47%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.05 |  |  | 22,0 19.00-14,2 | 5,5 |  |
| 05.05 | 10,6 | 10,1 | 12,9 | 13,0 |  |
| 07.05 | 7,5 | 13,1 | 7,2 | 5,3 |  |
| 09.05 | 6,0 | 8,0 | 7,4 | 6,9 |  |
| 11.05 | 6,7 |  | 4,8 | 4,8 |  |
| 12.05 | 4,0 | 11,1 | 4,5 | 4,7 |  |
| 13.05 | 5,7 | 10,1 | 6,9 | 7,2 |  |
| 14.05 | 6,0 | 8,7 | 7,2 | 10,7 |  |

05.05.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м

05.05.17Окулист: Оптические среды прозрачны.. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены извиты, не выраженный ангиосклероз. 08.05.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенке. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

10.05.16Кардиолог: САГ II ст. Гипертензивное сердце. Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

10.10.17 ЭХО КС: По ЭХО КС: Уплотнение аорты АК. Гипокинезия ЗСЛЖ. Гипертрофия Миокарда ЛЖ. Систолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется.

10.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

05.05.17Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

16.05.17 ФГ № 104634 легкие и сердце в норме.

13.05.17 Нефролог: ХБП II ст.: пиелонефрит в ст обострения, кисты обеих почек.

11.05.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

050.517 осмотр осмотр доц. каф. Соловьюк А.О.:

12.05.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия кист в почках

04.05.17 УЗИ щит. железы: Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаки гипотрофии щит. железы на фоне АИТ.

Лечение: трисоль, ксилат, реосорбилакт, берлитион, флорисед, ККБ, Хумодар Р100Р, эмсеф, ницериум, тонорма, мексиприм, амбифлокс, аспаркам, энтеросгель, эутирокс, тималин, аспаркам, тиоктацид, метфогамма, Хумодар Б100Р, диаформин, ципрофлоксацин, предуктал MR, хипотел.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились общая слабость, утомляемость. АД 130/70 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-20-22 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*веч Контроль глик гемоглобина в динамике через3 мес, при необходимости возможна повторная госпитализация в эндодиспансер для решения вопроса о переводе на ССТ.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек кардиолога: предуктал MR 1т 2р\д 1-3 мес. хипотел 40 мг 1р\д под контролем АД.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год. Эутирокс 50 мкг утром натощак за 30мин до еды. Контр ТТГ в динамке через 1-2 мес. с послед. коррекцией дозы эндокринологом по м\ж
5. Рек. нефролога: проведение курса а/б терапии до 10 дней цефикс 400 мг сут, флуконазол 50 мг\сут. осмотр уролога ЗОКБ в связи с наличием краевых кист крупных размеров, контроль ан.мочи в динамике осмотр нефролога в динамике.
6. В настоящее время принимает по поводу обострения хр. пиелонефрита ципрофлоксацин 0,5мг 1т 2р\д, продолжить прием до 10 дней, контроль ан. мочи по Нечипоренко. Сдан бак посев мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам ( в работе). Повторный осмотр нефролога с результатами.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В