#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1568

##### Ф.И.О: Малько Мария Михайловна

Год рождения: 1949

Место жительства: Г-Польский р-н, Г-Поле ул. Тетровского 8-16

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.11.17 по 21.11.17 в диаб. отд. ( ОИТ с 09.11.17 по 21.11.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние I ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Хр. пиелонефрит, латентная форма, в ст. обострения. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ-34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС: стенокардия напряжения, III ф.кл. СН II А. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, общую слабость, полиурию, увеличение веса на 5 кг за 2 года, ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, повышение АД макс. до 200/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шум в голове, боли в сердце, одышка, боли в коленных суставах, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г тогда в связи с ухудшением самочувствия (появились слабость, потеря в весе), обратилась в ЦРБ, при обследовании выявлена гипергликемия 14,0 ммоль/л, был назначен манинил. В последующем принимала сиофор 1000 2р/д. В наст. время принимает: метаин 500 мг 2р/д. Гликемия –16,5 ммоль/л. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД ( в связи с ацетонурией 2+ госпитализирована в ОИТ)

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 38 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р/д, бисопролол 5мг веч, кардиомагнил75 1 т вечером). С 2012г ИБС: стенокардия напряжения. В 2009г-ТИА . С 23.10.17 по 01.11.17 находилась на стац. лечении в т/о Гуляйпольской ЦРБ по поводу негоспитальной пневмонии справа.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 09.11 | 128 | 3,8 | 7,1 | 37 | 0 | 0 | 66 | 31 | 3 |
| 16.11 | 120 | 3,6 | 4,4 | 28 | 2 | 2 | 54 | 40 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 09.11 |  |  |  |  |  |  | 6,2 | 120 | 12,6 | 3,0 | 1,3 | 0,31 | 0,27 |
| 10.11 |  | 5,25 | 2,32 | 1,4 | 2,78 | 2,7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13.11 |  |  |  |  |  |  |  | 121 |  |  |  |  |  |
| 16.11 |  |  |  |  |  |  | 6,4 | 111 |  |  |  |  |  |

09.11.17 Амилаза – 37,0

09.11.17 Тропонин I –отр.

09.11.17 Гемогл – 128 ; гематокр – 0,4 ; общ. белок – 66,3 г/л; К –4,4 ; Nа –130 ммоль/л

09.11.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 12 мин.; ПТИ –79 %; фибр – 3,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6\*10

12.11.17 К – 3,7 ; Nа – 138,7 ммоль/л

15.11.17 К – 4,24 ; Nа – 139,6 ммоль/л

11.11.17 Проба Реберга: креатинин крови-96 мкмоль/л; креатинин мочи- 9685 мкмоль/л; КФ- 35,4мл/мин; КР- 97,0 %

### 09.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,032 ацетон –3+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

12.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -9500 эритр - 500 белок – 0,04

16.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 1000 белок – 0,045

11.11.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

10.11.17 Посев мочи на стерильность и чувствительность к а/б- рост более 3-х видов колоний, анализ повторить.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.11 |  | 17,4 | 7,3 | 8,6 | 9,5 |
| 11.11 | 12,4 | 12,9 | 16,2 | 9,5 | 8,1 |
| 13.11 | 10,8 | 14,2 | 9,5 | 7,1 |  |
| 15.11 | 5,9 |  | 11,2 | 8,2 |  |
| 17.11 | 10,3 | 10,4 | 8,0 | 8,0 |  |
| 19.11 | 6,4 | 9,9 | 12,2 | 8,9 |  |

10.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. Рек: церебролизин, 10,0 , нейротропин 4,0 в/в ,келтикан 1т 1р/д .

10.11.17 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Сосуды широкие, извиты, склерозированы, вены полнокровные, с-м Салюс 1- II ст. В макуле без особенностей. -з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

16.11.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Изменений миокарда задней стенки.

16.11.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

10.1.117 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

09.11.17 Кардиолог: ИБС: стенокардия напряжения, III ф.кл. СН II А. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. р-но: ЭХО-КС, клинические анализы крови и мочи, режим труда и отдыха, престариум 10 мг 1т 1р/сут, эплепрес 25 мг1р/д, предуктал MR 1т2р/д, аспирин кардио 100 1т , трифас 10 мг. 17.11.17 Нефролог: (СКФ – 44) ХБП III ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом в стадии ремиссии, артериальная гипертензия. Р-но: адекватная противогипертензивная терапия, прием канефрона по 2 др 3р/д-1 мес.

10.11.17 На р-гр ОГК без инфильтрации, обогащение легочного рисунка в/отд. корни малоструктурны, сердце – увеличены левые отделы.

09.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0 см3; лев. д. V = 7,2 см3

Перешеек –0,8 см. Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с множественными расширенными фолликулами до 0,45 см. В пр. доле в с/3 гидрофильный узел1,0\*0,65 см. В лев.доле в с/з такой же узел 0,77\*0,43 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. умеренные диффузные изменения. Узлы обеих долей.

Лечение: Хумодар Б 100Р, Хумодар Р100Р, цефепим1,0, церебролизин, предуктал MR , адаптол, тиоктацид, аспирин кардио 1000, эплепрес 25, трифас 10, фуросемид 2,0, келтикан, престариум, канефрон, неогабин 75, бисопролол, ксилат, трисоль, сода-буфер, глюкоза 5%, калия хлорид, стерофундин, тималин, нейротропин.

Состояние больного при выписке: сухость во рту, жажда не беспокоит, уменьшилась общая слабость, уменьшились отеки н/к, гликемия в пределах субкомпенсированных значений, с учетом снижения СКФ (44мл/мин/1,73м2) прием ПССП не показан, подобрана инсулинотерапия, стабилизировалось АД в пределах 130/80-140/80 мм.рт.ст, нормализовались анализы мочи.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 32-34 ед., п/уж – 14-16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., контроль суточной протеинурии/микроальбуминурии в плановом порядке. Выберите элемент.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Гипотензивная терапия: престариум 10 мг 1 т утром, эплепрес 25 мг 1 т утром натощак, трифас 10 мг 1т натощак через день, бисопролол 5 мг 1раз в день, аспирин кардио 100 1т вечером (лоспирин).
7. ЭХО-КС в плановом порядке по м/ж с послед.конс.кардиолога, при выраженных отеках н/к фуросемид 1-2 таб утром натощак (чередовать с трифас 10 мг).
8. канефрон 2др 3р/д-2-4 недели, контроль ОАК,ОАМ, показателей азотемии в динамике.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1к 3р/д-1 мес, неогабин 75 мг 1т 2р/д-1 мес, предуктал MR 1т 2р/д-1-3 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, АТ-ТПО, ТПАБ узлов щитовидной железы в плановом порядке по м/ж, с послед конс.эндокринолога

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.