#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1415

##### Ф.И.О: Гоцкая Антонина Николаевна

Год рождения: 1956

Место жительства: Акимовский р-н, с. Новоданиловка ул. Новая 60

Место работы: пенсионер инв Ш гр

Находился на лечении с 12.10.17 по 26.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Симптоматическая артериальная гипертензия: Ш ст Анемия. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ЖКБ Хр. калькулезный холецистит вне обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, периодические гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, зябкость стоп, отеки голеней и стоп, боли за грудиной.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Комб п/з- 18ед., п/у-9 ед. Гликемия –3,1-12,0 ммоль/л. НвАIс - 7% от 07.2016. Последнее стац. лечение в 2016г. Явления нефропатии с 2012 в виде повышения АД, протеинурии. Увеличение показателей азотемии с 2014. Из гипотензивных принимает хипотел 80 мг, бисопролол 5 мг, леркамен 10 мг. С 2016 принимает финиренон\плацебо. Прогрессирующее ухудшение зрения с 2015. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.10 | 85 | 2,6 | 4,2 | 44 | 2 | 1 | 68 | 28 | 1 |
| 26.10 | 80 | 2,4 | 4,8 | 22 | 1 | 2 | 66 | 30 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.10 | 26,8 | 4,6 | 1,85 | 1,06 | 2,69 | 3,3 | 13,9 | 216,7 | 12,9 | 3,2 | 1,1 | 0,17 | 0,1 |

19.10.17 Ферритин – 133 (10-120)мкг/л

13.10.17 Глик. гемоглобин – 7,5%

13.10.17 Анализ крови на RW- отр

18.10.17общий белок – 59,4

23.10.17 К – 5,54 ; Nа 137– Са++ -1,05 С1 - 104 ммоль/л

### 18.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,917 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

18.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 1500- эритр - 250 белок – 1,176

18.10.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 1,38

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.10 | 4,6 | 6,6 | 5,7 | 11,3 | 8,5 |
| 16.10 | 8,4 | 7,1 | 7,2 | 9,3 | 8,5 |
| 20.10 | 7,4 | 5,6 | 5,9 | 6,0 | 5,7 |
|  |  |  |  |  |  |

2015Неврропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

25.10.17 Окулист: Негомогенные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно под густым флером. Вены полнокровны, ангиосклероз, с-м Салюс 1- II ст. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ.

12.10.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

24.10.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия: Ш ст

Рек. кардиолога: физиотенс 0,2 1р/д, амлодипин 5-10 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

12.10.17 Р- гр ОГК Выраженные явления застоя. Корни расширены малоструктурны. В синусах с обеих сторон следы выпота, сердце расширенно в поперечнике за счет левых отделов

18.10.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. ЖКБ Хр. калькулезный холецистит вне обострения.

26.10.17 Нефролог: ХБП IV ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия? Анемия.

Рек: в/в введение фуросемид 40-60 мг 1-2р/нед, адекватная противогипертензивная терапия, прием эритропоетинов. Контроль ан. крови и мочи в динамике.

23.10.17УЗИ: Заключение: В брюшной полости асцит. Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкрементов в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы. Изменений диффузного типа в паренхиме почек, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

17.10.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

12.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0см3; лев. д. V = 5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: нормазе, бисопролол, леркамен, физиотенс, эпобиокрин, Инсуман Комб, хипотел, торадив, кардиомагнил, вазилип, тиогамма, тивомакс, мильгамма, фуросемид, тардиферон, финеренон/плацебо.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, гипогликемических состояний не отмечается, уменьшились боли в н/к, отеки, одышка. АД 160/80-170/100 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Комб, п/з-18-20 ед., п/уж -9-10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии , калия креатинина, СКФ.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: Хипотел 80мг 1т утром, бисопролол 5 мг утром, леркамен 10 мг утром, физиотенс 2-4 мг веч. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Эпобиокрин 2000 ед, п/к 3р/нед до достижения целевого уровня гемоглобина 110 г/л, затем поддерживающая терапия. Тардиферон 1т/сут .
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В