#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 108

##### Ф.И.О: Ходус Юлия Викторовна

Год рождения: 1977

Место жительства: К-Днепровский р-н, ул. Красноармейская 40

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 23.01.17 по 31.01.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст.нефротический с-м, анемия. Хр. пиелонефрит обострение. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз средней тяжести ст. медикаментозной субкомпенсации. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза. Ишемический инсульт в левой лобной области (04.03.16), умеренно выраженный правосторонний гемипарез, выраженный цереброастенический с-м. Множественные аномалии развития голоного мозга (по данным МРТ). Внутрибольничная пневмония 3 кат, левосторонняя в н/доле. Узловая лейомиома тела матки. Гиперплазия эндометрия (лечебно-диагностическое выскабливание 20.01.17). САГ Ш ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, нестабильность гликемии в течение всего дня.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (глимакс). В анамнезе ишемический инсульт в левой г/сфере(лечилась в инсультном отд ЗОКБ с 04.03.16-21.03.16), Лечилась в нефрологич. отд ЗОКБ с 23.12.16 по 19.01.17 с ДЗ: «ХБП Ш, диабетическая нефропатия, нефротический с-м, анемия». Маточное кровотечение, лечилась в гин. Отд ЗОКБ с 20.01.17-23.01.17 Дз «Узловая Лейомиома матки. Гипертрофия эндометрия» АИТ, гипотиреоз с 2014, принимает эутирокс 50 мкг/сут Госпитализирована в обл. энд. диспансер для назначения инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.01.17 Общ. ан. крови Нв –86 г/л эритр – 2,6 лейк –5,8 СОЭ –26 мм/час

э- 3% п- 9% с-71 % л- 14% м- 3%

30.01.17 Общ. ан. крови Нв –89 г/л эритр – 2,8 лейк –6,2 СОЭ –31 мм/час

э- 3% п- 3% с-571 % л- 35% м- 2%

24.01.17 Биохимия: СКФ –66,7 мл./мин., холл –7,3 тригл -2,5 ХСЛПВП -1,52 ХСЛПНП -4,6 Катер – 3,8мочевина –5,3 креатинин –114,4 бил общ –9,5 бил пр –2,4 тим – 2,4 АСТ – 0,14 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

31.01.17 мочевина 7,2 креатинин 132

27.01.17 ТТГ – 4,9(0,3-4,0) Мме/мл

23.01.17 Гемогл – 86; гематокр – 0,26 ; общ. белок –56 г/л; К –3,3 ; Nа –134 ммоль/л

25.01.17 К – 4,1 na – 139

27.01.17 К – 4,87

30.01.17 К – 4,2

23.01.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 19 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр – 3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6\*10-4

25.01.17 Проба Реберга: креатинин крови-114,4 мкмоль/л; креатинин мочи-3,905 мкмоль/л; КФ- 77,42мл/мин; КР- 96,96%

### 23.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –8-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. –ед в п/зр

24.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 3000 эритр -2000 белок – 1,35

31.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 3500 эритр -1000 белок – 1,5

25.01.17 Суточная глюкозурия – 0,45 %; Суточная протеинурия – 4,6

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.01 |  |  | 9,0 | 3,5 |  |
| 24.01 | 3,8 | 5,2 | 4,9 | 5,2 | 6,1 |
| 26.01 | 7,0 | 7,2 | 10,2 | 6,2 |  |
| 27.01 | 7,3 | 4,4 | 7,2 | 11,6 |  |
| 28.01 | 9,1 | 6,5 | 5,9 | 9,8 |  |
| 29.01 | 7,4 | 4,6 | 8,2 | 9,1 |  |
| 30.01. | 5,6 | 7,09 | 11,2 | 7,9 |  |

22.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза Ишемический инсульт в левой лобной области ( 04.03.16) умеренно выраженный правосторонний гемипарез, выраженный цереброастенический с-м. Множественные аномалии развития голоного мозга

24.01.17Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды узкие, извиты, неоваскуляризация, разнокалиберные геморрагии, микроаневризмы, поверхностные экссудаты. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

23.01.17ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

23.01.17Кардиолог: САГ Ш ст

24.01.17Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, анемия.

Гинеколог: Гиперплазия эндометрия(лечебно-диагностическое выскабливание) 20.01.17

24.01.17 На р-гр ОГК обогащение легочного рисунка с обеих сторон, корни малоструктурны, сердце – увеличен левый желудочек,

24.01.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Диагноз см. выше.

23.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V =6,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: фуросемид, кондесар, амлодипин, бисопролол, омперазол, торвакард, тардиферон, физиотенс, Хумодар Б100Р,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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-8 ед.. п/у 2 ед (при гликемии натощак более 10,0 ммоль\л)
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии.
5. Фуросемид 1т 2р\нед, кандесар 16 мг, амлодипин 10 мг, бисопролол 10 мг. Контр. АД при АД более 160/100 добавить физиотенс 0,4 мг.
6. Торвакард 20 мг контроль липидограммы .
7. Тардиферон 1д/д контроль ОАК, гемоглобин
8. Эутирокс 50 мг контроль ТТГ 1р в 6 мес. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Нейромидин 1т 2р\д 1 мес.
10. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия.
11. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Ограничение жидкости 500-800 мл/сут.
12. Рек Окулиста ФАГ на ОИ. Консультация лазерного хирурга.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В