#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 957

##### Ф.И.О: Безсмертная Лариса Семеновна

Год рождения: 1958

Место жительства: Приазовский р-н, с. Строгановка ул. Степная 2а

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04 .07.17 по 20.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Частичный гемофтальм. Незрелая катаракта ОИ. Ретинальные кровоизлияния. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая полинейропатия н/к. Метаболическая кардиомиопатия СН II А. ф .кл II. САГ II ст. Диффузный зоб II . Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 2-3 кг за год, прогрессирующее ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, отеки н/к, лица, передней брюшной стенки. одышку при ходьбе и в положение лежа.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г после перенесенного психо-эмоционального стресса, постоянно принимает ССТ: Диабетон MR, метформин. Ухудшение состояния с 03.2017 появилась отечность н/к, живота. В 04.2017 перенесла негоспитальную пневмонию, лечилась в ЦРБ. 16.06.17-26.06.17 – стац лечение в приазовской ЦРБ по поводу отека легких. В наст. время принимает: метформин 850 2р/д Гликемия –11,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2010г. Повышение АД в течение 5-7 лет. Из гипотензивных принимает диротон 20 мг 1р\д Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 05.07 | 122 | 3,7 | 4,3 | 39 | 3 | 1 | 67 | 25 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.07 | 35,8 | 4,48 | 1,52 | 1,53 | 2,25 | 1,9 | 9,2 | 214 | 8,2 | 2,5 | 1,3 | 0,1 | 0,13 |
| 22.08 | 43 |  |  |  |  |  | 9,1 | 178 |  |  |  |  |  |

06.07.17 ТТГ – 2,0 ( 0,3-4,0 мМЕ/л АТТПО – 11,0 ( 0-30) МЕ/мл

05.07.17 глик гемоглобин – 6,7% Т4св – 13,4 ( 11,5-22,7) ТТГ – 2,53 ( 0,4-4,0) АТТПО - <1.0 ( 0-5.6)

05.07.17 К – 4,41 ; Nа – 147 Са - Са++ -1,16 С1 – 103,3 ммоль/л

### 05.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – в п/зр белок – 2,54 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

10.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -68000 эритр -500 белок – 3,74

17.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -250 белок – 2,25

07.07.17 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – 3,72

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.07 | 5,1 | 7,4 | 5,7 | 7,5 |  |
| 11.07 | 5,7 | 11,7 | 6,8 | 8,2 |  |
| 15.07 | 7,0 | 9,3 | 8,8 | 9,4 | 8,9 |
| 18.07 | 5,1 | 8,9 | 8,7 | 9,3 | 8,6 |

07.07.17Окулист: VIS OD= 0,01 н/к OS= 0,4 н/к Негомогенное помутнения в хрусталиках ОИ В стекловидном теле плавающие сгустки крови. Гл. дно под густым флером, на ОД прослойки множественных ретинальных геморрагий, пролиферативные изменения: Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Частичный гемофтальм. Незрелая катаракта ОИ. Ретинальные кровоизлияния. Рек окулиста: консультация и лечение у витреоретинального хирурга + курс рассасывающей терапии.

13.07.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст.

18.07.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II А. ф .кл I. САГ Ш ст

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р\д небивалол 2.5 – 5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ан крови на ST2. или Nt pro BNP или тропонин.

15.07.17ЭХО КС: Уплотнение аорты. Увеличение полости ЛЖ. Гипертрофия МЖП. Систолическая дисфункция ЛЖ. Митральная и трикуспидальная регургитация 1 ст.. Минимальная регургитация на ЛА. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. (ФВ 47%)

03.07.17 Нефролог:ХБП IV, диабетическая нефропатия, нефротический с-м. ГБ II ст 2 ст, очень высокого риска.

04.07.17 ФГ ОГК№ 105443: в легких явления застоя, легочной рисунок в нижних отделах обогащен, корни расширены, малоструктурны. Междолевая плевра утолщена, В синусах следы жидкости. Сердце – увеличено в поперечнике.

17.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.07.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

19.07.17 УЗИ почек: правая почка 10,4\*4,2\*5,4с левая 10,5\*4,3\*5,3: структурных изменений органов МВС не выявлено.

17.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10 см3; лев. д. V =10,1 см3

Перешеек –1,26 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: фуросемид, предуктал MR, Генсулин Н, диратон, торвадив, тиотримакс, тардиферон, нормазе, бисопролол, амлодипин, фуромаг, левофлоксацин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. Значительно уменьшились отеки передней брюшной стенки, н/к, лица. АД 140/80-150/90 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: Генсулин Н п/з-8-10 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: бисопролол 5 мг 2р\сут. физиотенс (моксогамма) 0,4 мг веч., кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Торсид 10 мг, фуросемид 40 мг в/м 2р/нед.(торсид в эти дни не принимать). Контроль диуреза выпитой жидкости.
11. Тардиферон 1т/сут контроль ОАК.
12. Рек. нефролога: диета с ограничением поваренной соли белка, наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. нормазе 30 мл 1-2р/сут. при ухудшение состояния, нарастании уровня азотистых шлаков пациентку представить на диализную комиссию.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В