#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 988

##### Ф.И.О: Заволока Любовь Ивановна

Год рождения: 1950

Место жительства: г. Запорожье ул. Астраханская -4

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.07.18 по  08.08.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. в сочетании с пиелонефритом. Смешанный зоб 1. Мелкие узлы обеих долей. Эутиреоз. ДЭП 1 ст ,цереброастенический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1. САГ Ш ст . Хронический вирусный гепатит С.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, склонность к запорам, зуд кожных покровов.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2016 в связи с патологией почек (ХБП IV. диаб нефропатий IV), декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 12ед., п/у- 12ед., доза инсулина увеличена в течение недели. Ранее принимала Хумодар Б100Р п/з 10 ед, п/у 10 ед. Гликемия –10-12 ммоль/л. НвАIс – 8,7 % от 17.07.18. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 2,5 мг 2р/д. В анамнезе хронический вирусный гепатит С (Анти НСV - положительный) малой активности на фоне стеатогепатита (2010 инфекционист). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 27.07 | 122 | 4,05 | 8,4 | 58 | |  | | 2 | 2 | 58 | 30 | | 8 | | |
| 31.07 | 110 | 3,58 | 7,6 | 45 | |  | | 2 | 2 | 61 | 28 | | 7 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 27.07 | 16,08 | 6,67 | 3,9 | 1,28 | 3,6 | | 4,2 | 11,6 | 336, | 10,0 | 2,2 | 5,3 | | 0,53 | 0,55 |

30.07.8Ачтч – 26,33 МНО 1,05 ПТИ 18,8 фибр – 4,7

02.08.18 общий белок – 77,6 г/л

27.07.18 Анализ крови на RW- отр

27.07.18 Глик гемоглобин -7,7%

30.07.18 АЧТЧ – 26,3 МНО 1,05 ПТВ – 15,4 ПТИ 94,8 ТВ 118,8, фибр 4,7

02.08.18 ТТГ – 0,3 ( 0,4-4,0)

27.07.18 К – 5,18 ; Nа – 146,1 Са++ -1,18 С1 - 105 ммоль/л

31.07.18 Проба Реберга: креатинин крови-296 мкмоль/л; креатинин мочи- 9350 мкмоль/л; КФ-30,89 мл/мин; КР- 96,6 %

07.08.18 Проба Реберга: креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР - %

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

30.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -21000 эритр – 250 белок – 0,853

01.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр – 250 белок – 0,769

31.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,971

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.07 |  | 6,5 | 8,3 |  |
| 27.07 | 7,7 |  | 6,3 | 8,4 |
| 29.07 | 5,3 | 5,9 | 5,5 | 7,7 |
| 30.07 | 6,7 | 5,4 | 7,1 | 7,6 |
| 02.08 | 4,3 | 4,3 | 6,1 | 6,4 |
| 07.08 | 4,8 | 4,6 | 7,8 | 6,3 |

26.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст ,церебрастенический с-м.

27.07.18 Окулист:.Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды неравномерного калибра, извиты, склерозированы, артерии сужены ,вены полнокровны, с-м Салюс 1- II ст, ед. микроаневризмы, в модулярной области депигментация. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. СНМ? ДМО?

26.07.18 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

27.07.18 ФГ ОГК № 113653 без патологии.

27.07.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1. САГ Ш ст .

28.07.18ЭХО КС: ФВ – 66% Склероза аорты и АК, МК. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Гипертрофия миокарда ЛЖ, Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

30.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

03.08.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

27.07.18 Нефролог: ХБП Vст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом, артериальная гипертензия.

27.07.18 Гинеколог: пр. здорова.

27.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена

27.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений паренхимы обеих почек с уменьшением объема функционирующей паренхимы, диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы.

31.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,0см3; лев. д. V =10,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с множественны, гидрофильными очагами узлами от 0,5 до 0,8 см. В пр доле у переднего контура гипоэхогенные узлы с гидрофильным ободком 1,0\*0,66 и 1,45\*0,8 см. В левой доле у переднего контура такие же узлы 1,88\*1,32 и 0,8\*0,57 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Инсуман Базал, Хумодар Б100Р, бисопролол, дуфалак, канефрон, бисопролол, амлодипин.

Состояние больного при выписке: Общее состояние несколько улучшилось, уменьшилась слабость, утомляемость, гликемия стабильная, гипогликемии не беспокоят. АД 140/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Инсуман Базал

Осмотрена смежными специалистами, даны рекомендации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 8-10ед., п/уж -8-10 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг 1р/д, амлодипин 5-10 мг веч.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в сут., , актовегин 10,0 в/в № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, аркоксия 90 мг /сут 1 мес
10. Рек нефролога: контроль ан. крови ,мочи показателей азотемии, калия крови в динамике УЗИ контроль 1-2 р/ год диета с ограничением белка ,соли , продуктов богатых калием, при необходимости добавить азомекс, прием дуфалак 30 мл 1-2 р/сут 2-3 р/нед, прием канефрона 2т 3р/д.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.