#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1026

##### Ф.И.О: Лущан Людмила Ильинична

Год рождения:1955

Место жительства: г.Запорожье, ул. Олимпийская, 8, кв.70

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 03.08.18. по 17.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2 ,вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия V ст. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Посттравматическая (2015г) нейропатия лучевого нерва справа. Хр.пиелонефрит, латентное течение в ст.обострения. Анемия легкой степени. Ожирение II ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Симптоматическая артериальная гипертензия III ст. Осложненная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, учащенный ночной диурез, ухудшение зрения, боли и онемение в стопах по типу «носков», судороги в икроножных мышцах, жидкий стул до 8 раз в сутки в течение нескольких лет, повышение АД макс.до 250/130 мм.рт.ст, периодически учащенное сердцебиение, отеки н/к к вечеру, редкий сухой кашель (о.бронхит около недели назад, получала а/б терапию 3 дня, муколитики).

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003 г. Выявлен во время опер.лечения по поводу ЖКБ (холецистэктомия). Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП(амарил 2 мг, затем амарил 4 мг+сиофор (глюкофаж) 1000 мг 2р/д. Кратковременно принимала форксигу без значимого эффекта. В наст. время принимает: Амарил 4 мг утром+ Глюкофаж 1000 мг 1 т утром+1 т в обед. Гликемия –9-18,0 ммоль/л. НвАIс – 12,4 % от 31.07.18. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД около 35 лет. Принимает ко-пренеса 4 /1,25 1 т утром, карведилол 12,5 мг 1 т в обед. В анамнезе хр.пиелонефрит. 2005г-оскольчатый перелом плечевой кости с повреждением лучевого нерва справа. Отмечались отеки на фоне приема амлодипина.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 06.08 | 112 | 3,4 | 6,0 | 58 | |  | | 1 | 2 | 67 | 25 | | 5 | | |
| 10.08 | 106 | 3,2 |  | 59 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 06.08 | 50,5 | 8,14 | 6,97 | 1,73 | 3,21 | | 3,7 | 5,6 | 119 | 16,4 | 3,3 | 2,9 | | 0,52 | 0,29 |
| 16.08 | 40 |  |  |  |  | |  | 16,4 | 153 | 10,6 | 2,3 | 1,9 | | 0,27 | 0,23 |

08.08.18 Сывороточное железо 11,2 мкмоль/л (10,7-32,2)

06.08.18 Анализ крови на RW- отр

06.08.18 К – 4,45; Nа – 143,1; Са++ - 1,17; С1 - 100 ммоль/л

### 07.08.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м, лейк – на ½ п/зр.; белок – 0,871 г/л, ацетон –отр; эпит. пл. – умерен.к-во; эпит. почечн. – 1-2 в п/зр, цил.: гиал. 1-2 в п/зр, зерн. 3-4-5 в п/зр.; слизь + на все п/зр, соли мочев.к-та + фостаты

08.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 10000; эритр – 250; белок –.1,1 г/п; цил.

гиал.- 2, зернистые. – 2 в камере

13.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 25000; эритр – отр; белок –.1,178г/п; цил.

Гиал.- 3, зерн. – 4 в камере

16.08.18 Бак.посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам-в работе.

09.08.18 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – 1,06 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.08 | 10,4 | 13,2 |  | 14,2 |  |
| 07.08 | 10,4 | 11,5 | 10,6 | 11,0 |  |
| 08.08 | 8,6 |  |  |  |  |
| 09.08 | 7,8 | 8,1 | 8,2 | 8,5 | 7,3 |
| 10.08 | 5,7 |  |  |  |  |
| 12.08 | 7,2 | 19,0 | 12,1 | 9,7 | 9,2 |
| 13.08 | 9,9 | 13,5 | 12,2 | 18,2 | 12,0 |
| 14.08 | 10,0 |  |  |  |  |
| 15.08 | 6,3 | 8,8 | 8,0 | 13,1 |  |
| 16.08 | 5,2 |  |  | 9,9 |  |
| 17.08 | 8,1 |  |  |  |  |

09.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Посттравматическая (2015г) нейропатия лучевого нерва справа. Р-но: альфа-липоевая кислота 600 в сут., актовегиен 10,0 в/в, нуклео ЦМФ 1 т 3р/д1мес, параплексин 1,5%-1,0 в/м 10 дней.

06.08.18 Окулист: VIS OD= 0,03 sph+2,0 D=0,05; VIS OS= 0,2 sph+ 2,0 D=0,2 (четче) ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОD<OS. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие с пролиферативными изменениями, неоваскуляризация справа, сосуды сужены извиты, склерозированы. Вены полнокровны, неравномерного калибра. С-м Салюс I-II. В макулярной области рефлекс сглажен, переливчатость. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. ДМО ОИ?

03.08.18 ЭКГ:ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл.ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

07.08.18 Кардиолог: САГ 3 ст. Р-но: конс.нефролога, карведилол 25 мг 1 т 1-2р/д, контроль АД.

08.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

16.08.18 Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, пиелонефрит. Артериальная гипертензия. Р-но: продолжить лечение офлоксацином до 10 дней, канефрон 2 т 3р/д-1 мес, ко-пренеса 4 мг, карведилол 25 мг , набл.и лечение у эндокринолога.

14.08.18 Гематолог: Анемия хронического больного легкой степени. Р-но: гино-тардиферон 1 т 2р/д до еды в течение 1 мес, наблюдение терапевта по м/ж.

06.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/кумеренно снижено II ст. Тонус крупных артерий н/к знач. повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/кв пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

08.08.18 УЗИ МВС: нарушений эхоструктуры не выявлено. (протоколо на руках)

03.0.818 УЗИ щит.железы: Пр д. V = 8,8см3; лев. д. V = 5,8 см3 Перешеек –0,38 см.

Щит.железа не увеличена, контуры ровные, Эхогенность и эхоструктура паренхимы обычная,

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит.железы нет.

Лечение:амарил, глюкофаж, ко-пернесса, карведилол, асафен, вазилип, тиоктацид, келтикан, фуросемид, мефармил, инсуман Базал, сорбифер, индапамид, параплексин, офлоксацин, флуконазол.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, сухость во рту, жажда не беспокоит, не значительно уменьшились боли в н/к, отмечается шаткость при ходьбе на фоне понижения АД до 110-120/80 мм.рт.ст. На фоне проведенной а/б терапии офлоксацином сохраняется лейкоцитурия, повышение СОЭ, произведен посев мочи на флору и чувствительность к а/б. После отмены метформина у пациентки уредился стул до 2 раз в сутки.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды <9,0ммоль/л НвА1с <7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 16-18 ед., п/уж – 22-24 ед.

**С учетом снижения остроты зрения показано введение инсулина в пенфильной форме. Выдана шприц-ручка-1 шт.**

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг1т вечс контр.липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: индапрес (индап) 2,5 мг утром, карведилол 25 мг 1 т в обед,лоспирин 75 1 т вечер Контр. АД, ЧСС
4. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1 к 3 р/д-1 мес.
5. Сорбифер (Гино-тардиферон) 1 т 1р/д-1 мес, контроль ОАК через 1 мес.
6. После получения результатов бак.посева мочи провести адекватную антибактериальную терапию с учетом снижения СКФ под наблюдением семейного врача.
7. Контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике 1 раз в 3 мес. УЗИ МВС контроль 2р. в год.
8. ОСТ макулы с послед.конс.окулиста по м/ж (ДМО ОИ?)
9. При сохраняющейся диарее дообследование и лечение у гастроэнтеролога.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.