#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1085

##### Ф.И.О: Омельченко Валентина Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье, пр. Юбилейный 14-10

Место работы: н/р

Находился на лечении с 03.09.14 по 16.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая нефропатия IV ст в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ХБП II ст. Дисметаболическая энцефалопатия . Цереброастенический с-м. Смешанный зоб II, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 31,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, боли в мышцах н/к, вздутие живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, сиофор, диаформин). В наст. время принимает: амарил 4 мг утром, сиофор 850 2р/д. Гликемия –14,0-16,0 ммоль/л. Смешанный зоб выявлен в 2010. ТАПБ от 02.2010: узлы левой доли с участками кистозной дегенерации; в пр доле – скудный базофильный коллоид, клеток фолликулярного эпителия в пунктате нет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.09.14 Общ. ан. крови Нв –168 г/л эритр –5,0 лейк – 10,2 СОЭ –15 мм/час

э-2 % п- 2% с-62 % л-27 % м-7 %

09.09.14 лейк – 7,6 СОЭ 24 м/ч.

04.09.14 Биохимия: СКФ –79,04 мл./мин., хол –4,2 тригл -3,2 ХСЛПВП -0,99 ХСЛПНП -2,5 Катер 3,2- мочевина 5,5– креатинин –86 бил общ –9,2 бил пр –2,3 тим – 13,8 АСТ –0,51 АЛТ – 0,53 ммоль/л; амилаза – 59 Ед/л

09.09.14 тим – 11,7ед

11.09.14 НВsАg – 0,31 (отр <1), Анти НСV - не выявлен

05.09.14 Глик. гемоглобин -11,8 %

05.09.14ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/л АТТПО – 26,1 (0-30) Мед/мл

### 04.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –28-32 в п/зр белок – 0,03 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

09.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - 250 белок – 0,02

11.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -30000 эритр - 100 белок – отр

05.09.14 Суточная глюкозурия – 1,68%; Суточная протеинурия – 0,029

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.09 | 10,3 | 14,8 | 9,9 | 11,0 |
| 08.09 |  | 9,9 | 7,1 |  |
| 04.09 | 9,8 |  |  | 12,4 |
| 11.09 | 8,7 | 14,1 | 6,4 | 11,3 |
| 15.09 | 9,6 | 9,8 | 8,6 | 12,3 |
| 16.09 | 8,4 |  |  |  |

05.09Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия. Цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

05.09.Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,6

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

03.09.14ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

12.09УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, желчный пузырь удален.

05.09.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V =9,1 см3

Щит. железа увеличена за счет левой доли, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр доле в/3 гидрофильный узел 1,06\*0,69см ( 2010 – 0,7\*0,54) с гипоэхогенными включениями. В лев доле в с/3 такой же узел (2010-2,08\*1,89) с кальцинированной стенкой. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Амарил, сиофор, кардиомагнил, цифран ОД 1000 мг, тиоктацид,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, в связи со стойкой декомпенсацией, изменениями в печеночных пробах рекомендован перевод на инсулинотерапию, от чего пациентка в данный момент отказывается., несмотря на проводимые беседы. уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4-5 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*3р/сут. или 1000 мг 2р\д.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, лира 500 – 1000 мг в/м № 10 ил в/в кап.
7. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес. ТТГ 1р в год.
8. Кон гастроэнтеролога по м/ж.
9. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.