#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1069

##### Ф.И.О: Мельник Елена Николаевна

Год рождения: 1953

Место жительства: бердянский р-н, с. Андреевка ул. Чубарева 64

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 02.09.14 по 17.09.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. ДОА левого колена. ИБС стенокардия напряжения II ф кл. СН IIА. Ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2007 - инсулинотерапия. Принимала Хумодар К 25 100Р. С 2010 Фармасулин. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 20ед., п/у- 20ед., Фармасулин НNР п/з 42 ед, п/у – 40 ед. Гликемия –11,0-16,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 11 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10мг, лозап 50 утром. АИТ с 2010 ТТГ -2,1 от 14.09.13 АТТПО -84 ( 0-30). Заместительную терапию не принимает. В анамнезе язвенная болезнь, хронический гастродуоденит, хронический холецистит (гастроэнтеролог ЗОКБ) от 2012. Маркеры вирусного гепатита от 2012 – отр. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.09.14 Общ. ан. крови Нв – 130 г/л эритр – 3,9лейк – 4,5 СОЭ –21 мм/час

э- 3% п- 2% с- 71% л- 20 % м- 4%

03.09.14 Биохимия: СКФ –93,09 мл./мин., хол –5,8 тригл -1,9 ХСЛПВП – 1,11ХСЛПНП -3,5 Катер -3,9 мочевина –4,9 креатинин –90 бил общ –12,8 бил пр –3,2 тим –3,4 АСТ – 0,64 АЛТ – 1,04 ммоль/л;

12.09.14 бил общ – 12,9 бил пр -3,3 тим -3,4 АСТ -0,48 АЛТ -1,0

02.09.14 Глик. гемоглобин -9,8 %

16.09.14 С –реактивный белок 4++++

05.09.14 ТТГ 2,3– (0,3-4,0) Мме/л

05.09.14 Са – 2,17 ммоль/л

### 03.09.14 Общ. ан. мочи уд вес м\м лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ув ; эпит. перех. -ум в п/зр

08.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр -250 белок – отр

04.09.14 Суточная глюкозурия – 2,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 05.09.14 Микроальбуминурия –46,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.09 | 11,1 | 9,6 | 8,4 | 13,5 |
| 05.09 | 10,4 | 11,9 | 11,5 | 11,8 |
| 07.09 | 8,6 | 10,5 | 11,1 | 8,7 |
| 12.09 | 6,7 | 10,2 | 8,2 | 10,3 |
| 15.09 | 8,8 | 10,0 | 8,4 | 11,5 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

02.09.Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0

Помутнения в хрусталиках Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

02.09.ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

03.09.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.09.14 Р-скопия ЖКТ: Рубцовая деформация ЛДПК. Хронический гастродуоденит. Хронический панкреатит.

16.09.Кардиолог: ИБС стенокардия напряжения II ф кл. СН IIА. Ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

03.09РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

08.09УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2 ст, с увеличением её размеров, перегиба ж/пузыря в области шейки, выраженного застоя в ж/пузыре не позволяющем исключить наличие формирующихся мелких конкрементов, изменений диффузного типа в паренхиме поджелудочной железы, по типу хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника, микролитов в почках.

02.09.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,4 см3; лев. д. V = 8,9 см3

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

Лечение: индапрес, Фармасулин 30/70, бисопролол, лозап, Сиофор 1000, диаформин 1000 Фармасулин Н, Фармасулин НNР, тиоктацид, солкосерил, нейрорубин, нуклео ЦМФ, ревмоксикам, олфен гель.

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 Фармасулин30/70 п/з- 42-44ед., п/уж -40-42 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: бисопролол 5-10, лозап 50-100 веч, тридуктан МВ 1т. \* 2р/д., индап 2,5 мг утр 2-3 нед. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
6. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес, ТТГ ч/з 6 мес.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
8. С результатами УЗИ ОБП, печеночных проб конс гастроэнтеролога по м/ж.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.