#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1534

##### Ф.И.О: Ананьева Татьяна Борисовна

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье, ул. Железнодорожная 4-5

Место работы: ГКП «Основание», инженер п охране труда

Находился на лечении с 04.12.14 по 17.12.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыделительных путей. Метаболическая кардиомиопатия. СН II ф кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II преимущественно в ВБС, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с–м. ДДПП ШОП, ДДПП ПОП (грыжа S5-S1 протрузия L1-L5, дегенеративный стеноз Т12-L1) билатеральная вертеброгенная люмбалгия справа. Хроническое рецидивирующее течение в стадии нестойкой ремиссии. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 1 . Узел правой доли. Эутиреоз. Стеатогепатит. Послеоперационная вентральная грыжа. Лигатурный свищ передней брюшной стенки.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/100 мм рт.ст, чувство дискомфорта в пр подреберье, боли в поясничной области, головокружение, никтурия до 3 р за ночь, отеки н\к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2008 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25100Р п/з- 40ед., п/у- 40ед., Сиофор 1000 2р/д. Гликемия –9,8-11,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 12.2013г. Боли в н/к в течение 6 лет. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает ко-пренесса 8 мг, бисопролол 10 мг. Узловой зоб с 2012. АТТПО 17,3 , АТТГ -10,0 от 2009. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.12.14 Общ. ан. крови Нв –132 г/л эритр –4,0 лейк –5,7 СОЭ –14 мм/час

э- 1% п- 1% с- 69% л- 26% м- 3%

05.12.14 Биохимия: СКФ –116 мл./мин., хол –6,77 тригл -2,77 ХСЛПВП -1,03 ХСЛПНП -4,48 Катер -5,6 мочевина –6,9 креатинин –77 бил общ –11,7 бил пр –2,6 тим – 3,8 АСТ – 0,82 АЛТ – 1,12 ммоль/л;

12.1.214 би лобщ – 10,2 бил пр- 2,4 тим- 2,3 АСТ – 0,51 АЛТ – 0,94

05.1.214ТТГ – 3,6 (0,3-4,0) Мме/л

### 05.12.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – на 1/2 в п/зр белок – 0,067 ацетон –отр; эпит. пл. -ед; эпит. перех. -ед в п/зр

11.12.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 34000эритр -250 белок – 0,038

17.12.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000 эритр -250 белок – отр

09.12.14 Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – 0,070

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.12 | 6,4 | 6,8 | 13,1 | 12,3 |
| 8.12 | 10,2 | 4,9 | 14,4 | 7,0 |
| 11.12 | 6,3 | 10,2 | 5,2 | 10,0 |
| 15.12 |  | 12,3 | 5,9 | 6,9 |
| 16.12 | 6,7 | 8,3 |  |  |

08.12.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II преимущественно в ВБС, сочетанного генеза, вестиубуло-атактческий с–м. ДДПП ШОП, ДДПП ПОП (грыжа S5-S1 протрузия L1-L5, дегенеративный стеноз Т12-L1) билатеральная вертеброгенная люмбалгия справа. Хроническое рецидивирующее течение в стадии нестойкой ремиссии.

04.12.14Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,6

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

04.12.14ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

11.12.14ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

08.12.14Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. СН II ф кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

08.12.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.12.14Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритом, артериальная гипертензия.

08.12.14 Хирург: п/операционная вентральная грыжа. Лигатурный свищ передней брюшной стенке.

12.12.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

12.12.14Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

10.12.14 Инфекционист гепатоцентра: Стеатогепатит.

11.12.14 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст с увеличением её размеров, косвенные признаки правостороннего хронического пиелонефрита.

05.12.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =17,2 см3; лев. д. V = 3,4 см3

Щит. железа увеличена за счет правой доли, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле в в/3 гиперэхогенный узел с гидрофильным ободком 3,6 \*2,29 см. с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, сиофор, бисопролол, ко-пренесса, офлоксацин, диалипон турбо, актовегин, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Явления пиелонефрита купированы

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиолога, уролога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 44-46ед., п/уж 42-44- ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг веч) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 3мес., ко-пренесса 1т сут, карведилол 12,5мг утр.

Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес..
2. Рек. невропатолога: ницериум уно 30 мг 1т/сут до 6 мес, дообследование УЗД МАГ.
3. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит. железы с последующей конс эндокринного хирурга.
4. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д
5. Рек хирурга: плановое оперативное лечение.
6. Рек инфекциониста гепатоцентра: стл № 5-9 леголон 140 1к 3р\д 2-3 мес, дообследование маркеры вирусного гепатита (В и С). ГГТ, щелочная фосфатаза. Повторная консультация после дообседования.
7. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использовнаие ингибиторов АПФ, цифран ОД 500 м/сут, флуконазол 50 мг сут до 10 дней, затем канефрон 2т. \*3р/д 1 мес.
8. Б/л серия. АГВ № 234663 с 04.12.14 по 17.12.14. К труду 18.12.14г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.