#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1585

##### Ф.И.О: Мехальчук Анна Григорьевна

Год рождения: 1956

Место жительства: г. Запорожье, ул Малиновского 20-94

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.12.14 по 30.12.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация, ацетонурия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к ХН IIб. ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Распространенный остеохондроз, атрофия спинного мозга, миелопатия на грудном отделе позвоночника. Тораколюмбалгия, слабовыраженный болевой с-м. Объемные образования правого реберно-позвоночного сустава на уровне Т4-Т5. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Вульвовагинит. Опущение стенок влагалища 1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, снижение эмоционального фона.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Комы отрицает. ССП с 1998 (Диабетон MR). Получала стац лечение в ОКЭД в 10.2014, была выписана с рекомендация диапирид 4 мг утр 2р/д форксига 10 мг. В течении месяца сохранялись боли в поясничной области, появились вздутие живота, запоры тошнота. Самостоятельно отменила лечение. Гликемия 15.12.14 – 1,5 16.12.14 – 12,2 ацетон мочи 1+. Гликемия –11,2-11,6 ммоль/л. НвАIс -7,1 % от 07.10.14. Последнее стац. лечение в 10.2014г. Боли в н/к в течение года. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.12.14 Общ. ан. крови Нв – 149 г/л эритр – 4,7 лейк –9,0 СОЭ –7 мм/час

э- 1% п- 1% с- 56% л- 35 % м- 7%

16.12.14 Биохимия: СКФ 86,47 мочевина – 4,3 креатинин –86,4 бил общ –14,6 бил пр –3,9 тим –2,7 АСТ –0,46 АЛТ – 0,34 ммоль/л;

17.12.14 хол –6,2 тригл -1,05 ХСЛПВП -1,41 ХСЛПНП -4,3 Катер -3,39

19.12.14ТТГ – 2,9 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –21,8 (0-30) МЕ/мл

17.12.14Глик гемоглобин – 9,5%

### 17.12.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - ум в п/зр

18.12.14 Суточная глюкозурия – 1,81 %; Суточная протеинурия – отр

##### 19.12.14 Микроальбуминурия –62,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.12 | 11,2 |  | 10,6 | 9,1 |
| 17.12 | 8,9 | 11,2 | 6,4 | 10,6 |
| 19.12 | 11,9 |  | 11,2 | 10,5 |
| 21.12 | 7,7 | 10,2 | 12,4 | 12,7 |
| 24.12 | 10,6 | 12,2 | 11,2 | 11,9 |
| 28.12 | 8,9 | 7,6 |  |  |
| 29.12 |  |  | 5,2 | 7,5 |
| 30.12 | 8,4 |  |  |  |

22.12.14Невропатолог: ДДПП ГОП, обемные образование реберно-позвоночное Т4-Т5 справа. С-м миеломный, атрофии спинного мозга на уровнеТ8-Т10 ( по данным МРТ). ДДПП ПОП (начальные проявления), тораколюмбалгия, торпидный болевой с-м.

10.12.14Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

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

16.12.14ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Хирург: диабетическая ангиопатия н/к ХИ II ст.

23.1214 Нейрохирург: Посттравматический арахноидит на уровне L4-K3 .

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.12.14Гинеколог: Вульвовагинит. Опущение стенок влагалища 1 ст

18.12.14РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

10.12.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки микролитов в почках без нарушения уродинамики. Умеренные диффузные изменения обеих почек.

23.12.14Нейрохирург ЗОКБ: Посттравматический арахноидит на уровне Т4-Т5 позвонков. Объемное образования, паравертебральное на уровне Т4-Т5 позвонков справа, болевой с-м

30.12.14 Вертебролог: Распространенный остеохондроз, атрофия спинного мозга, миелопатия на грудном отделе позвоночника. Тораколюмбалгия, слабовыраженный болевой с-м. Объемные образования правого реберно-позвоночного сустава на уровне Т4-Т5

07.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,1 см3; лев. д. V = 3,6см3

Перешеек – 0,5см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эналаприл, фенигидин, тритикко, Диабетон MR, диаформин, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 120 мг

диаформин (сиофор, глюкофаж) п/ -500 мг п/у - 850 мг

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. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг \*2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Рек. невропатолога: триттико 2/3 т веч. КТ грудного отдела
7. УЗИ щит. железы 1р. в год.
8. Рек. окулиста:, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. Рек гинеколога Кремген 2р\д местно 10- 14 дней, гинофлор 6 дней.
10. Рек нейрохирурга: Р-гр ГОП Т4-Т5, КТ ГОП, остеоцинтиграфия
11. Рек вертебролога: КТ ПОП, печени, конс онколога; фастум гель местно. При усилении болевого с-ма мавалис 7,5 1р\д. аппликации Ляпко.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.