#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1422

##### Ф.И.О: Жирихина Наталья Алексеевна

Год рождения: 1947

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Энтузиастов 27/2 кв 149

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 13.11.14 по 22.11.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОД. Начальная катаракта OS. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия нижних конечностей. ДЭП Ш .Отдаленные последствия перенесенного ишемического инсульта (2012 г). Вестибуло-атактический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Субклинический гипотиреоз. Образование брюшной полости

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, онемение ног, повышение АД макс. до 140/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение шаткость при ходьбе, дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г (со слов больной). Комы отрицает. С начала заболевания ССП принимала не систематически . В 2012 перенесла ишемический исульт, походила стац лечение в ЗОКБ, где назначен диапирид 4 мг, глюкофаж 850 2р\д. ,принимает не регулярно . Гликемия – 6-16 ммоль/л. С 10.11.14-12.11.14 находилась на стац. лечении в т /отд по м /жит. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.11.14 Общ. ан. крови Нв – 131 г/л эритр –3,9 лейк – 5,1СОЭ – 28 мм/час

э- 1% п- 1% с- 62% л- 33% м- 3%

14.11.14 Биохимия: СКФ –37,49 мл./мин., хол –5,02 тригл -1,66 ХСЛПВП – 1,54 ХСЛПНП -2,72 Катер -2,2 мочевина –6,3 креатинин –110,4 бил общ –12,5 бил пр – 3,1 тим –1,3 АСТ –0,51 АЛТ –0,16 ммоль/л;

21.11.14 мочевина –5,0 креатинин –96,0 СКФ-43,1

14.11.14ТТГ – 5,3 (0,3-4,0) Мме/л

### 14.11.14 Общ. ан. мочи уд вес 1003 лейк –4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

18.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

17.11.14 Суточная глюкозурия – отр , Суточная протеинурия – 0,061

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.11 |  |  | 8,3 | 12,8 |  |
| 14.11 | 6,4 | 12,0 | 9,0 | 11,2 |  |
| 16.11 | 6,8 | 9,3 | 10,8 | 9,6 |  |
| 18.11 | 7,3 | 9,0 | 7,9 | 9,9 |  |

Невропатолог: ДЭП Ш. Отдаленные последствия перенесенного ишемического инсульта (2012 г). Вестибуло-атактический с-м .Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия нижних конечностей.

13.11.14Окулист: VIS OD=0,5 OS=1,0

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

17.11.14ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Единичная суправентикулярная экстрасистола. Дистрофические изменения миокарда. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

13.11.14 ФГ ОГК:№ 82621: без патологии

14.11.14Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1.

17.14.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.11.14 Хирург: Образование брюшной полости

17.111.14РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

19.11.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, мелких конкрементов в желчном пузыре на фоне застоя, образование проекции фланка неясного происхождения, гипоплазии и дистопии правой почки.

13.11.14 Гинеколог: пр здорова.

13.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,2 см3; лев. д. V = 7,4 см3

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

Лечение: диапирид, диаформин, кардиомагнил, предуктал МR, рамиприл.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, АД130/70 мм рт. ст. В настоящее время пациента от перевода на инсулинотерапию отказалась.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,хирурга ,кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1 раз в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл ( рамиприл) 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10,церебролизин 10,0 в/в стр № 10 , сермион 30 мг утр. 1 мес., мема ½ табл. 2р /сут-длительно
10. Рекомендации хирурга: ирригоскопия, КТ брюшной полости после ирригоскопии. Повторный осмотр хирурга (в энд .диспансере отказалась),
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ ч/з 2- 3 мес., повторный осмотр эндокринолога .
12. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, Оперативное лечение ФЭК + ИОЛ на ОД.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.