#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1218

##### Ф.И.О: Кошелова Елена Ивановна

Год рождения: 1972

Место жительства: Куйбышевский р-н, с. Алексеевка ул. Октябрьская 109

Место работы: н/р

Находился на лечении с 03.10.14 по 18.10.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Очень высокий риск. Гипертрофия левого желудочка СН1, ф. кл II. Метаболическая кардиомиопатия. Ожирение I ст. (ИМТ32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на выраженную сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, ухудшение зрения , боли, судороги, онемение н/к..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (диапирид). В наст. время принимает: диапирид 4 мг Ранее отмечала диспепсию, ослабление стула на фоне приема глюкофажа. ТТГ – 2,43 АТТПО < 10 от 03.09.14. Гликемия –10,0-16,0 ммоль/л. НвАIс -7,6 % от 30.09.14 . Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД со слов в течении 20 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.10.14 Общ. ан. крови Нв –155 г/л эритр – 4,7 лейк –9,0 СОЭ – 5 мм/час

э- 2% п- 3% с-73 % л- 19 % м-3 %

06.10.14 Биохимия: СКФ –114 мл./мин., хол –4,94 тригл -2,46 ХСЛПВП -2,89 ХСЛПНП -2,89 Катер -4,3 мочевина –5,4 креатинин –76,8 бил общ –14,8 бил пр –3,7 тим – 3,0 АСТ – 0,35 АЛТ – 0,61 ммоль/л;

06.10.14 Анализ крови на RW- отр

### 08.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

07.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6500 эритр - 500 белок – отр

17.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр –белок – отр

06.10.14 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 10.10.14 Микроальбуминурия –51,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.10 | 13,1 |  |  |  |
| 07.10 | 8,5 | 10,1 | 7,5 | 8,4 |
| 09.10 | 8,6 | 10,3 | 9,6 | 12,3 |
| 12.10 | 7,4 | 11,6 | 11,0 | 10,2 |
| 14.10 | 8,0 | 8,7 | 10,2 | 12,8 |
| 15.10 |  | 11,0 | 9,8 | 11,6 |
| 16.10 | 7,0 | 9,6 | 12,5 | 10,8 |
| 17.10 |  |  |  |  |

03.10.14Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0

Артерии сужены, начальные склеротические изменеия . . Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

30.09.14ЭКГ: ЧСС 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Умеренные изменения миокарда верхушечной стенки ЛЖ.

09.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.10.14 ФГДЭС: внутрипросветной патологии не выявлено.

09.10.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

14.10.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров по типу жировой дистрофии 1 ст., фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

Осмотр асс. каф Ткаченко ОИ.: СД тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб ангиопатия артреий н/к, диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. ХБП. Диабетическая нефропатия Ш ст. пиелонефрит ст. Обострения. Диабетическая Непролиферативная ретинопатия ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Очень высокий риск. Гипертрофия левого желудочка СН1, ф. кл II.

03.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,7 см3; лев. д. V = 5,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диапирид, габагамма, индапрес, эналаприл, цифран ОД, глюкофаж, Фармасулин НNР, тиоктацид, солкосерил, витаксон, нуклео ЦМФ, тиотриазолин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. При повторном назначении препаратов метформина отмечала выраженную диспепсию, жидкий стул, в связи с чем переведена на комбинированную терапию.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з-20-22 ед.,., п/уж -12-14 ед.,
4. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,
5. Контроль глик. гемоглобина через 3 мес, микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Эналаприл 10 мг 2р\д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
10. Конс невропатолога по м\ж.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год.
12. 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.
13. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.