#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 310

##### Ф.И.О: Кошкалда Нина Анатольевна

Год рождения: 1960

Место жительства: Г-Польский р-н, с. Червоное, ул 40 лет Победы 7-2

Место работы: н/р, инв Ш г

Находился на лечении с 04.03.15 по 13.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия II патологическая извитость ВСА, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. Хроническая диссомния. Ожирение Ш ст. (ИМТ 45кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II, стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояния. Хронический панкреатит средней тяжести, с нарушением секреторной функции, обострение. Неалкогольная жировая болезнь печени.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 4 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: олтар 2 мг утром, глюкофаж 1000 мг 2р\д. Гликемия –10,0-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. АИТ с 2014. ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –89,6 (0-30) МЕ/мл. Повышение АД более 8 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг 2р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.03.15 Общ. ан. крови Нв – 136 г/л эритр –4,1 лейк –7,2 СОЭ –35 мм/час

э- 0% п- 1% с- 55% л- 39% м-5%

11.03.15 СОЭ – 25мм\час

05.03.15 Биохимия: СКФ –148,8 мл./мин., хол –5,8 тригл -3,3 ХСЛПВП -1,06 ХСЛПНП – 3,26 Катер -4,5 мочевина –5,7 креатинин – 86 бил общ 12,8– бил пр –3,2 тим –5,1 АСТ – 0,91 АЛТ – 0,93 ммоль/л;

10.02.15 бил общ – 11,8 бил пр – 2,9 тим – 3,6 – АСт – 0,80 АЛТ – 1,10

### 10.03.15 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

06.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - 500 белок – отр

12.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -9500 эритр - белок – отр

06.03.15 Суточная глюкозурия – 0,95 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.03.15 Микроальбуминурия –114,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.03 | 10,4 | 9,5 | 8,3 | 9,5 |
| 09.03 | 10,8 | 12,0 | 9,9 | 10,9 |
| 12.03 | 8,1 | 9,8 | 5,9 | 8,0 |
| 13.02 | 8,1 |  |  |  |

06.02.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, патологическая извитость ВСА, сочетанного генеза. Вестиубуло-атактический, цереброастенический с-м. Хроническая диссомния

04.03.15Окулист: 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.

03.03.15ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

06.03.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.02.15 Р-скопия ЖКТ: Хронический гастрит. Хронический панкреатит

12.03.15Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит средней тяжести. С нарушением секреторной функции обострение. Неалкогольная жировая болезнь печени.

05.03.15РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш, слева – II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

10.03.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.03.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2 ст; желчный пузырь удален; микролитов в почках.

04.03.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V = 7,4см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле в в/3 узел с кальцинированной стенкой 0,7 см. В лев. доле у перешейка расширенный фолликул 0,39. В с/3 левой доли киста 1,06\*0,85 см. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей

Лечение: олтар, сиофор, эналаприл, витаксон, актовегин, диалипон, стеатель, форксига, амлодипин, глюкофаж.

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. форксига 10 мг 1 р\сутки

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 10-20 мг 2 р\сутки, амлодипин 10 мг утром, торсид 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: триттико 1 т вечером, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 2р. в год. ТАПБ узлов, кальцитонин с последующей консультацией эндокринолога.
7. Рек. окулиста: слезавит 1к 1 р\день.
8. Контроль мочи по Нечипоренко, консультация нефролога.
9. Рек. гастроэнтеролога: УЗХИ ОБП ч\з 6-8 мес., гепавал 1т\*2 р\день, затем укрлив 2 кап. на ночь, креазим 10000 1к 3 р/день во время еды, затем панкреатин 3 р/день во время еды.

##### Леч. врач Ермоленко В.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.