#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 334

##### Ф.И.О: Фицек Татьяна Николаевна

Год рождения: 1963

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Поляновка, ул. Центральная, 8

Место работы: н/р, инв Ш гр .

Находился на лечении с 06.03.15 по 16.03.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. МКБ, конкременты левой почки, пиелонефрит в стадии ремиссии. ДЭП II. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф . кл. СН II А ф. кл II. САГ Ш ст. Идиопатический паркинсонизм, ригидно дрожательная форма 1 В ст по Хеньяру, медленно прогрессирующее течение, впервые выявленный. Ожирение Ш ст. (ИМТ 42,3кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 260/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, , боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2011 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 50ед., п/у-40 ед., 22.00 диаформин 1000 2р/д. Гликемия –10-17 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает липразид. АИТ с 2014 АТТПО – 166,4 (0-30) ТТГ 0,6 (0,3-4,0) от 02.2014 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, , лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.03.15 Общ. ан. крови Нв – 149 г/л эритр – 4,6лейк –7,8 СОЭ –10 мм/час

э- 2% п- 0% с-59 % л-34% м- 5%

10.03.15 Биохимия: СКФ –100,8 мл./мин., хол –6,9 тригл – 1,48ХСЛПВП -0,97 ХСЛПНП -5,25 Катер -6,1 мочевина –4,0 креатинин – 100,8 бил общ – 10,2 бил пр –2,5 тим –2,9 АСТ –0,24 АЛТ –0,56 ммоль/л;

10.03.15 ТТГ - 1,64 (0,3-4,0) мкМЕ/мл.

10.03.15 Глик гемоглобин 12,6%

### 11.03.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,61 ацетон –отр; эпит. пл. - ум ; эпит. перех. - в п/зр

12.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 562500 эритр - белок – отр

10.03.15 Суточная глюкозурия – 2,77 %; Суточная протеинурия – 0,063

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.03 | 8,7 | 8,1 | 8,2 | 8,6 |
| 11.03 | 9,2 | 13,8 | 4,5 | 6,9 |
| 13.03 | 9,5 | 10,2 | 6,2 | 12,5 |
| 14.03 | 7,2 | 8,8 |  | 10,0 |

10.03.15 Невропатолог: Идиопатический паркинсонизм, ригидно дрожательная форма 1 В ст по Хеньяру, медленно прогрессирующее течение, впервые выявленный. ДЭП II дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсомоторная форма.

06.03.15Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,9 ;

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (расширенны, венный пульс сохранен. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

06.03.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

11.08.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф . кл. СН II А ф. кл II. САГ Ш ст.

10.03.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.03.15 Уролог ЗОКБ: МКБ, хронический пиелонефрит, стадия неполной ремиссии.

12.03.15Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия. МКБ конкременты левой почки, пиелонефрит в стадии ремиссии.

12.03.15УЗИ (прилагается): Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров, без признаков портальной гипертензии, перегиба желчного пузыря в/3 застоя в желчном пузыре, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр панкреатита, функционального раздражения кишечника, множественных конкрементов в почках без нарушения урокинетики, крупноочагового лейомиоматоза матки, спаек в малом тазу.

06.03.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,6 см3; лев. д. V = 6,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаформин, липразид, розарт, трифас, аспирин, цефикс, канефрон, Хумодар К 25100Р, диалипон, актовегин, витаксон.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гинеколога, уролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-50-52 ед., п/уж - 42ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3-6 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: амлодипин 10 мг 1р\д, трифас 10 мг утром, престариум 5-1 мг 1р\д, аспирин кардио 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга, повторный осмотр невропатолога. Проноран 50 мг начальная доза увелич. до 150 мг постепенно,
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек уролога: Бак посев мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам. Решение вопроса о необходимости антибиотикотерпии. Профилактика МКБ 2р/ год в течении 1 мес. Гидрохлортиазид 2т 1р/д утром, цистон 1т 2р\д. МРТ пояснично-кресцового отдела позвоночника с последующей конс вертебролога.
9. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. Адекватная гипотензивная терапия.
10. Конс гинеколога по м\ж ( в энд диспансере отказалась)

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.