#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1010

##### Ф.И.О: Скорик Ирина Анатольевна

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул. Садовая 134

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 19.08.15 по 01.09.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, в/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст.. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Артериальная гипертензия II ст СН 1. Солевой диатез. Хр. гастродуоденит , обострение. Вторичный панкреатит. Смешанный зоб 1, узел правой доли. Эутиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2005 в связи со стойкой декомпенсацией переведена на инсулинотерапию. Ранее проживала и наблюдалась в Донецкой области, по данным амбулаторной карты принимала различные виды инсулина. В настоящее время по статусу «переселенца» состоит на «Д» учете в г. Запорожье, принимает: Хумодар Б100Р п/з-22 ед., п/у- 22ед., Хумодар Р100Р п/о – 10 ед.. Последнее стац. лечение в 2012г (в эндокринологии г. Донецк). В анамнезе (2012) удаление туберкуломы правого легкого. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает лозап 100. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.08.15 Общ. ан. крови Нв –129 г/л эритр – 4,0 лейк – 5,4 СОЭ – 15 мм/час

э- 1% п- 0% с- 48% л- 44% м-7 %

20.08.15 Биохимия: СКФ –79 мл./мин., хол –7,6 тригл -1,63 ХСЛПВП -0,95 ХСЛПНП – 5,90Катер – 7,0мочевина – 7,0 креатинин –88,8 бил общ –2,5 бил пр –3,8 тим –3,9 АСТ – 0,35 АЛТ – 0,61 ммоль/л;

### 20.08.15 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум; эпит. перех. - в п/зр

25.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр - белок – отр

21.08.15 Суточная глюкозурия – 2,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.08.15 Микроальбуминурия утр –48,5 мг

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.08 | 8,5 | 5,8 | 18,8 | 15,8 |
| 21.08 | 11,4 | 15,3 | 12,4 | 16,5 |
| 22.08 | 11,8 | 11,8 | 11,5 | 14,8 |
| 24.08 | 4,7 | 4,3 | 7,6 | 7,2 |
| 26.08 | 12,0 | 7,6 | 11,2 | 11,9 |
| 28.08 | 9,9 | 9,4 | 10,8 | 10,1 |
| 30.08 | 14,8 | 11,3 |  | 3,4 |
| 31.08 |  | 9,2 |  |  |
| 01.09 |  |  |  |  |

20.8.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

25.08.15Окулист: VIS OD= 0,2-1,0=0,3 OS= 0,2-0,75=0,6 ; ВГД OD= 23 OS=20

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Множественные микроаневризмы, твердые экссудаты, сосуды извиты, вены полнокровны. Салюс I-II. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная начальная катаракта ОИ.

21.08.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ.

21.08.15Кардиолог: Артериальная гипертензия II ст СН 1.

19.08.15 ФГ ОГК: с обеих сторон пневмофиброз. Корни фиброзно изменены, малоструктурны. Справа в в/доле признаки танталовых склепок после частичной лобэктомии. сердце без особенностей. Свежих инфильтративных теней не выявлено.

31.08.15Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, солевой диатез

27.08.15Гастроэнтеролог: Хр. гастродуоденит , обострение. Вторичный панкреатит.

27.08.15РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

25.08.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; застоя в ж/пузыре,

19.08.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,3 см3; лев. д. V = 12,2см3

Щит. железа увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,9\* 1,46см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, индапрес, эналаприл, диаформин, тиоктодар, витаксон, пирацетам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-26-28 ед., п/уж – 26-28ед., Хумодар Р100Р п/з 12-14 ед, п/у 10-12 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., эналаприл 5-10 мг 2р\д, трифас 20 мг утром, аспирин кардио 100 мкг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктодар 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, АТТПО, ТАПБ узла правой доли с последующей конс. эндокринолога.
8. Рек. нефролога: диета с ограничением поваренной соли, избегать переохлаждения, тяжелого физ, труда. наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 1-2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, наблюдение окулиста по м/ж.
10. Рек. гастроэнтеролога: нольпаза 10 мг 2р\д до еды 1 мес, затем 1т на ночь 1 мес, урсохол 2к на ночь 2-3 мес, наблюдение гастроэнтеролога по м\ж

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.