#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1220

##### Ф.И.О: Арабчук Наталья Николаевна

Год рождения: 1962

Место жительства: Михайловский р-н, пгт Пришиб ул. Ленина 39

Место работы: н/р. инв Ш гр

Находился на лечении с 10.10.16 по 24.10.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая), цефалгический с-м. ХБП I ст. Диабетическая, гипертоническая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Узловой зоб 0-1, мелкий узел левой. Эутиреоз. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 3. Ожирение I ст. (ИМТ 34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 12 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2005 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 36ед., п/у-16 ед., глюкофаж 850 мг 2р\д. Гликемия –8-10 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение5 лет. Повышение АД в течение многих лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р\д, бисопролол 5 мг 1р\д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.10.16 Общ. ан. крови Нв –118 г/л эритр –3,5 лейк – 5,4 СОЭ – 8 мм/час

э- 4% п- % с- 71% л- 23% м- 2%

11.10.16 Биохимия: СКФ –94,2 мл./мин., хол –5,8 тригл -1,7 ХСЛПВП -1,33 ХСЛПНП -3,7 Катер -3,4 мочевина –3,7 креатинин –80 бил общ –10,2 бил пр – 2,5 тим – 1,8 АСТ – 0,7 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

16.10.16 амилаза 38,2 ( 0-90 ) ед\л

11.10.16 Глик. гемоглобин -6,4 %

12.10.16 Анализ крови на RW- отр

21.10.16 ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/млАТ ТПО –24,7 (0-30) МЕ/мл

### 11.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

12.10.16 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.10.16 Микроальбуминурия –35,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.10 | 4,8 | 5,8 | 6,1 | 5,6 |
| 12.10 |  | 13.30-2,6 |  |  |
| 13.10 | 7,3 |  | 4,0 | 6,3 |
| 16.10 | 5,3 | 7,0 | 6,8 | 7,3 |

10.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая), цефалгический с-м

10.10.16Окулист: VIS OD= 0,5 OS=0,3

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

05.10.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

11.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.10.16Нефролог: ХБП II ст.: гипертензивная, диабетическая нефропатия. Гипертоническая болезнь II ст, высокого риска.

13.10.16Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст.

11.10.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

13.10.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; создается впечатление удвоения синуса, неполного удвоения правой почки .

12.10.16Осмотр асс. каф. Соловьюк А.О: Диагноз см . выше.

13.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,5 см3; лев. д. V = 4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, В левой доле у перешейка киста 0,66\*0,39 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли .

Лечение: эналаприл, бисопролол, глюкофаж, корвалол, валериана, индапрес, гепавал, Хумодар К 25 100Р, тиогамма турбо, витаксон, актовегин,

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 28-32ед., п/уж -12-14 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 (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек асс. каф. Соловьюк А.О: нолипрел форе 1т 1р\сут, бисопролол 10 мг 1р\д, Контроль АД.
5. В настоящее время принимает: эналаприл 10 мг 2р\д, бисопролол 5 мг 1р\д, индапрес 2,5 мг 1р\д
6. Тиогамма 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.
7. Рек. невропатолога: Дуплекс МАГ в плановом порядке
8. УЗИ щит. железы через 6 мес. Контр ТТГ 1р в 6 мес. При возможности проведение ТАПБ узла щит. железы.
9. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.
10. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д.
11. Рек. гастроэнтеролога: гепавал 1к 2р/д 3 мес или гепадиф. Дообследование: А-амилаза, липаза, амилаза панкреатическая Повторный осмотр.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.