#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1237

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

Год рождения: 1965

Место жительства: Токмакский р-н, г Токмак ул. 14 Сентября 202

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 12.10.16 по 25.10.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I, с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Неалкогольная жировая дистрофия печени, 1 ст. ЖКБ. Калькулезный холецистит в стадии ремиссии, нестойкий хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гепатостеатоз. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за 3 года, 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 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диапирид 30 мг 1р/д, диаформин 500 мг 1р\д. Гликемия –7,8-10 ммоль/л. Боли в н/к в течение года. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг 1р\д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.10.16 Общ. ан. крови Нв –163 г/л эритр –4,9 лейк – 6,6 СОЭ – 24 мм/час

э-2 % п- 0% с- 71% л-22 % м- 5%

13.10.16 Биохимия: СКФ –135 мл./мин., хол –5,56 тригл -2,11 ХСЛПВП -1,22 ХСЛПНП – 3,37Катер -3,6 мочевина –3,8 креатинин –63,8 бил общ –23,8 бил пр –4,3 тим –5,0 АСТ – 1,02АЛТ – 1,91 ммоль/л;

18.10.16 бил пр –11,8 тим –2,7 АСТ –1,04 АЛТ –1,93 ммоль/л;

24.10 бил общ –11,8 бил пр –2,9 АСТ – 0,74 АЛТ –1,38 ммоль/л;

17.10.16 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

13.10.16 К – 4,03 ; Nа –137 ммоль/л

### 13.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

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

17.10.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,030

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.10 | 11,7 | 11,0 | 4,9 | 10,4 |
| 14.10 | 11,9 | 9,8 |  |  |
| 15.10 | 9,4 |  |  |  |
| 16.10 | 8,0 | 13,6 | 7,8 | 8,2 |
| 18.10 | 8,5 | 7,4 | 7,2 |  |
| 20.10 | 8,0 | 10,1 | 11,0 | 8,9 |
| 22.10 | 6,8 | 7,9 | 8,3 | 7,8 |

12.10.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м.

12.10.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 ;

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

12.10.16ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

18.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.10.16Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая дистрофия печени, 1 ст. ЖКБ калькулезный холецистит в стадии ремиссии, нестойкий хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гепатостеатоз

24.10.16 Хирург: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит .

13.10.16 осмотр асс. каф. Соловьюк А.О.: диагноз см. выше.

17.10.16РВГ: Нарушение кровообращения справа -1 ст, слева II ст, Тонус сосудов N.

21.10.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст множественных конкрементов в желчном пузыре, облитерации желчного пузыря, фиброзирования поджелудочной железы.

18.10.16Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше.

12.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,6 см3; лев. д. V =5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: бисопролол, индапрес, каптоприл, лизиноприл, диаглизид, диаформин, ноотропил, мексиприм, эссенциале, сермион, персен,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диаглизид МR 60 мг 1р/д

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 – ½ т. \*1р/сут. под контролем печеночных проб через 2-3 нед с послед. коррекцией дозы при показаниях.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы. под контролем печеночных проб
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: Лизиноприл 10 мг 1р\д, бисопролол 5 мг 1р\д, индапрес 2,5 мг утром Контр. АД.
5. Берлитион (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: Дуплекс МАГ в плановом порядке, сермион 30 мг утром,
7. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, гепавал 1т 2р\д 3 мес, урсоност 300 мг 2к на ночь 3 мес, Контроль УЗИ через 3 мес. Повторный осмотргастроэнетролога.
8. Рекц доц. каф Ткаченко О.В: к лечению кардиомагнил 75 мг 1р\сут, розувастатин 10 мг\сут
9. Рек хирурга: оперативное лечение по поводу ЖКБ в плановом порядке.
10. Рек асс. кафедры Соловьюк А.О: индапрес 1 т утром, бисопролол 5 мг утром, лизиноприл 10 мг 1р\д.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.