#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 13

##### Ф.И.О: Рослик Светлана Вячеславовна

Год рождения: 1964

Место жительства: Черниговский р-н, с Замостье, ул.Советкая, 106

Место работы: н/р

Находился на лечении с 05.01.16 по 18.01.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, астено-невротический с-м. Вертеброгенная люмбоишалгия слева, болевой мышечно-тонический с-м. ХБП II ст, диабетическая нефропатия в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Смешанный зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 1998 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-42 ед., п/у-30 ед., Сиофор 1000 мг 2р\д. Гликемия –8,7-13,9 ммоль/л. НвАIс – 9,7 % от 05.11.15 . Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 4 лет. Повышение АД в течение 5 лет. АИТ с 2011 ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/мл, АТТГ – 295 (0-100); АТТПО – 29,3 (0-30). В 12.2015 прошла курс лечения ( препаратами а-липоевой кислоты, витаксон, тивортин). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.01.16 Общ. ан. крови Нв – 148 г/л эритр – 4,6 лейк – 3,2СОЭ – 23 мм/час

э- 2% п-0 % с- 51% л- 42 % м- 5%

06.01.16 Биохимия: СКФ – 87мл./мин., хол –5,85 тригл -1,54 ХСЛПВП -1,47 ХСЛПНП -3,67 Катер -3,0 мочевина –4,3 креатинин –102 бил общ –10,5 бил пр –2,6 тим –1,4 АСТ – 0,16 АЛТ –0,16 ммоль/л;

08.01.16ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/мл

### 11.01.16 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – в п/зр белок – 0,028 ацетон –отр; эпит. пл. – ½ ; эпит. перех. –ед. в п/зр

11.01.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 35000 эритр - белок – отр

18.01.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок –

08.01.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 08.01.16 Микроальбуминурия –14,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.01 | 7,5 | 9,3 | 8,5 | 10,8 |
| 10.01 | 4,2 | 6,0 | 9,2 | 8,7 |

05.01.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза, астено-невротический с-м. Вертеброгенная люмбоишалгия слева, болевой мышечно-тонический с-м.

05.01.16Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,5 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

05.01.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось горизонтальная. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

06.01.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

18.01.16 Нефролог: ХБП II ст, диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия.

06.01.16РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

26.11.15 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2 ст, застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов почках.

05.01.16 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5 см3; лев. д. V = 8,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,45 см. в пр доле в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,6\*0,8 в левой доле у перешейка такой же узел 1,33\*0,8 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: лизиноприл, сиофор, мидокалм, ципрофлоксацин, Хумодар К 25 100Р, нуклео ЦМФ, пирацетам, ревмоксикам

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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 К 25 100Р п/з- 42ед., п/уж -30 ед.,

ССТ: 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д карведилол 3,125мг утр., нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ. В настоящее время принимает лизиноприл 10 мг 2р\д.
5. ТАПБ узлов щит. железы. (проведена беседа о необходимости ТАПБ, учитывая рост узлов щит. железы по данным УЗИ) Контроль УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в 6 мес.
6. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д
7. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.
8. Канефрон 2т 3р/д 1 мес. Контр ан. мочи по Нечипоренко в динамике.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.