#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 558

##### Ф.И.О: Боровик Татьяна Викторовна

Год рождения:1955

Место жительства: Васильевский р-н, пгт Степногорск ул. Молодежная 2-24

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 13.04.17 по 26.04.17 в энд.отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2,вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к (NSS 4, NDS 4) , сенсомоторная форма хроническое течение. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст.Хронический пиелонефрит в стадии нестойкой ремиссии. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 0-1. Мелкий узел левой доли. Эутиреоз. Варикозная болезнь н/к, ВРВ II ст. поверхностных вен н/к. Воспалительный инфильтрат в обл п/о раны гр. клетки слева. Начальная катаракта, гиперметропия ср степени ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (атерослкеротическая, гипертоническая), с-м вестибулопатии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду,полиурию,снижение веса на 6 кг за 3 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног,повышениеАД макс. до 160/100мм рт.ст., боли в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в2005г. Комы отрицает. С начала заболевания диетотерапия,в дальнейшем ССТ.В 2008 вовремя стац лечения в в эндодиспансере назначалась инсулинотерапия, принимала коротким курсом, в дальнейшем амбулаторно была переведена на прием ССТ. В наст.время принимает: диапирид 4 мг утром, метформин 850 веч. Гликемия –5-20 ммоль/л. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 3лет. Из гипотензивных принимает алладин 1т веч., энап 20 мг веч. Ухудшение состояния с 21.11.16 после бытовой травмы (упала с лестницы), 03.2017 госпитализирована в отд. грудной хирургии городской больницы экстренной мед. помощи г. Запорожье с диагнозом «Посттравматическая релаксация левого купола диафрагмы»(выписной эпикриз прилагается) 03.2017 проведена ВТС слева, пластика левого купола диафрагмы. Во время стац лечения получала коротким курсом инсулин в дробном режиме. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 14.04 | 137 | 4,1 | 8,3 | 17 | 1 | 0 | 78 | 20 | 1 |
| 19.04 | 137 | 4,0 | 8,7 | 29 | 0 | 0 | 64 | 30 | 6 |
| 21.04 | 135 | 4,0 | 4,6 | 30 | 1 | 1 | 65 | 30 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.04 | 104,6 | 5,3 | 1,39 | 1,18 | 3,5 | 3,5 | 4,2 | 68,2 | 11,6 | 2,9 | 0,81 | 0,14 | 0,29 |

14.04.17 К – 4,51 ;Nа – 143,3Са - 2,24Са++ -1,15 С1 - 97ммоль/л

18.04.17Коагулограмма: вр. сверт. – 93,8 мин.; ПТИ – 5,3 %; фибр – г/л; фибр Б – отр; АКТ –105 %; св. гепарин – 0

02.2017ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

19.04.17 Гликоз.гемоглобин-11,4%

### 14.04.17Общ. ан. мочи уд вес 1008лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед; эпит. перех. –ед в п/зр

19.04.17Анализ мочи по Нечипоренколейк–500 эритр - белок – отр

18.04.17Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,054

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.04 | 10,1 | 14,1 | 12,4 | 10,3 |  |
| 15.04 | 11,7 | 13,9 | 9,1 | 10,8 |  |
| 17.04 | 9,8 | 11,7 | 9,7 | 7,8 |  |
| 19.04 | 9,6 | 11,5 |  | 11,2 | 7,3 |
| 20.04 | 6,8 | 11,0 | 8,3 | 8,3 | 6,5 |
| 22.04 | 6,4 | 10,6 | 9,8 | 9,4 |  |
| 23.04 |  | 9,5 |  |  |  |
| 24.04 |  |  | 5,3 | 5,4 |  |

13.04.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая).с-м вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к (NSS 4, NDS 4) , сенсомоторная форма хроническое течение

13.04.17 Окулист: VISOD=0,1сф + 2,5 =0,6-0,7OS=0,09 сф+ 2,5 =0,3 ОД образование на реберном крае н/века. Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие.А:V 1:2 Артерии сужены, вены расширены, сосуды извиты. С-м Салюс 1-II По всему заднему полюсу множественные разнокалиберные гемморгаии, мягкие экссудаты. В макуле пастозность, геморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулярный отек. Начальная катаракта , гиперметропия ср степени ОИ.

13.04.17ЭКГ:ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл.ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

14.04.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

14.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Варикозная болезнь н/к, ВРВ II ст. поверхностных вен н/к. Воспалительный инфильтрат в обл п/о раны (конрапертуры), гр. клетки слева.

14.04.17 РВГ: Нарушение кровообращения справа – ш ст, слева – 1 ст, тонус сосудов повышен.

140.4.17 Допплерография:Определение ЛПИ противопоказано в связис наличием у больной ВРВ н/к.

25.04.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки опущение левой почки.

18.04.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Диагнозсогласован

09.03.17 УЗИ щит.железы: Пр д. V = 6,3см3; лев. д. V =5,6 см3

Щит.железане увеличена, контуры ровные. Эхоструктура крупнозернистая однородная с множественными расширенными фолликулами до 0,4 см. В левой доле в /3 конгломерат из 2х гиперэхогенный узлов с гидрофильным ободком 0,83\*0,53. Регионарныел/узлыне визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.Узел левой доли.

Лечение: канефрон небивалол, диалипон турбо, метфогамма, Инсуман Базал, нолипрел форте, диапирид, алладин, вазасерк, нейроксон, эналаприл, валериана, метформин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Инфильтрат в области контраапертуры грудной клетки слева разрешился, остается послеоперационная рана в стадии регенерации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/уж –6-8 ед.,

диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - утром + 500 мг веч.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.)1 мес.,
5. Рек.невропатолога: вазосерк 24 мг\д 1 мес. нейроксон 1т 2р\д 1 мес.
6. Рек окулиста: ОСТ макулы ОИ. Очковая коррекция зрения, повторный осмотр после дообследования.
7. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, небивалол 5 мг утром.Контроль АД
8. УЗИ щит.железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Консультация хирурга отделения грудной хирургии городской больницы экстренной мед.помощи г. Запорожья.
10. Контроль ОАК , ан.мочи по Нечипоренко в динамике.
11. Рекомендации хирурга-продолжить обработку послеоперационной раны бетадином 1 р/день до полного заживления.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В