#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 681

##### Ф.И.О: Ганова Елена Петровна

Год рождения: 1961

Место жительства: Акимовский р-н, с. Шевченко ул. Солнечная 6

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 08.05.17 по 19.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Начальная катаракта ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ. ДЭП II сочетанного генеза на фоне стенозирующего атеросклероза (стеноз ВСА с 2хсторон) с-м ПА справа, ликворо-венозная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. С-м вестибулопатии

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССТ с 2008 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию в комбинации с сиофором, со слов больной отмечает плохую переносимость препаратов метформинового ряда В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-54 ед., п/у- 44ед.. форксига 10 мг утром. НвАIс – 10,1 % от 01.2017. Боли в в н/к с начала заболевания Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 12 лет из гипотензивных принимает нолипрел 1т 1р/д. 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 |
| 10.05.17 | 155 | 4,6 | 6,2 | 20 | 1 | 2 | 68 | 27 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 10.05 | 89,2 | 4,4 | 0,6 | 1,43 | 2,7 | 2,1 | 6,5 | 100,1 | 10,6 | 2,6 | 0,72 | 0,35 | 0,35 |

12.05.17ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –10,3 (0-30) МЕ/мл

### 10.05.17 8.00 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

10.05.17 13.00 – ацетон мочи - отр

12.05.17 ацетон - отр

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

11.05.17 Суточная глюкозурия – 3,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 11.05.17 Микроальбуминурия – 98,мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.05 | 8,0 | 9,0 | 9,9 | 8,4 |
| 11.05 | 6,0 | 8,7 | 9,7 | 9,5 |
| 15.05 | 7,8 | 9,8 | 8,3 | 12,2 |
| 16.05 | 7,3 |  |  |  |
| 17.05 |  |  |  | 7,7 |

05.05.17Невропатолог: ДЭП II сочетанного генеза на фоне стенозирующего атеросклероза (стеноз ВСА с 2хсторон) с-м ПА справа, ликворо-венозная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. С-м вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5) хроническое течение

12.05.17Окулист: VIS OD= 0,4сф + 1,0=0,8 OS=0,3сф + 1,5=0,8

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2артерии извиты, вены расширены, неравномерного калибра. Салюс I. В макуле рефлекс слажен, ед. микроаневризмы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ.

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

11.05.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

11.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.06.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст .

160.5.17 Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

11.05.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

12.05.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; с увеличением размеров и размеров селезенки, без признаков портальной гипертензии без признаков портальной гипертензии, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках, умеренных изменений диффузного типа в паренхиме щит железы, наличием гидрофильного очага в левой доле.

12.05.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,5 см3; лев. д. V =4,6 см3

В в/3 левой доли лоцируется гипоэхогенное образование 0,45\*0,3 см. с тонкими ровными контурами признаками дорзального усиления. На остальном протяжении эхоструктура нормальной эхоинтенсивности, диффузно неравномерная, увеличение р-ных л/узлов не выявлено. Закл: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме щит железы, наличием гидрофильного очага в левой доле.

Лечение: атоксил, ксилат, эссенциале, ипигрикс, Фармасулин НNP, форксига, тиогамма актовегин, нейрорубин, нолипрел, цераксон.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-54 ед, п/уж - 44ед.,

форксига 10 мг 1р/д утром

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. кардиолога Нолипрел форте 1т 1р\д, небивалол 2,5 мг 1р\д Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: цераксон 500 мг 2р\д 1 мес нормовен 1т 2р\д 1 мес.
7. Контроль УЗИ щит железы через 6-12 мес с целью уточнения диагноза в настоящее время по данным УЗИ наличие гидрофильного очага в левой доли (0,45\*0,3см)
8. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, в динамике Адекватная гипотензивная терапия..

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.