#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 673

##### Ф.И.О: Крупа Наталья Ивановна

Год рождения: 1963

Место жительства: Г-Польский р-н, с. Червоное ул. Космическая 12

Место работы: н/р

Находился на лечении с 05.05.17 по 18.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. Вторичный ангиотрофоневроз н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Гипертоническая болезнь Ш ст 3 степени. Риск 4. Протрузия диска L4-L5 билатеральная люмбоишалгия обострение, умеренно выраженный болевой с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Бронхиальная астма, персистирующее течение, неконтролируемая. ЛН 1. Хронический пиелонефрит, латентная форма в ст. обострения. Миопический астигматизм ОИ. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит вне обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до

180/100 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП (сиофор, амарил) Ухудшение состояния около 2 мес: усилились сухость во рту, жажда, боли в н/к, обратилась к терапевту по м/ж, госпитализирована в т/о, лечение без эффекта (выписной эпикриз отсутствует, с 04.04.17-10.04.17). В наст. время принимает: сиофор 1000мг 2р/д, амарил 2мг утром. Гликемия –16,8 ммоль/л. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает тенорик, лозап. Бронхиальная астма с 1982г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 08.05 | 118 | 3,5 | 9,5 | 65 | 2 | 6 | 66 | 22 | 4 |
| 18.05 | 106 | 3,2 |  | 63 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.05 | 63,2 | 7,4 | 3,8 | 0,72 | 4,9 | 9,3 | 4,3 | 95,7 | 11,7 | 2,9 | 2,2 | 0,38 | 0,8 |

08.05.17 Анализ крови на RW- отр

12.05.17ТТГ – 2,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 14,1 (0-30) МЕ/мл

13.05.17Железо -18,00 ммоль/л(10,7-32,2

### 10.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –на всё в п/зр белок – 0,175 ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

### 15.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –на всё в п/зр белок – 0,091 ацетон –отр; эпит. пл. -много; эпит. перех. -много в п/зр

11.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 393750 эритр - белок – 0,247

16.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -150000 эритр - белок – 0,045

11.05.17 Суточная глюкозурия – 2,2%; Суточная протеинурия – 0,155

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.05 | 13,9 | 15,6 | 16,2 | 16,8 |
| 08.05 |  |  | 13,1 | 11,2 |
| 09.05 | 9,1 | 9,9 |  |  |
| 12.05 | 4,4 | 6,8 | 4,6 | 6,9 |
| 14.05 | 11,3 | 16,8 | 10,1 | 6,5 |
| 16.05 | 9,8 | 14,9 | 7,5 | 6,5 |
| 17.05 | 9,2 | 11,1 |  |  |
| 18.05 | 9,3 |  |  |  |

05.05.17Невропатолог ОКБ: Протрузия диска L4-L5. Остеопения. Радикулопатия L5 справа. Люмбоишалгия слева, ст. обострения. Умеренно выраженный болевой с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение.

11.05.17 Невропатолог Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. ДДПП на поясничном уровне. протрузия L4 – L5 Радикулопатия д 5 , болевой с-м.

11.05.17 Окулист: VIS OD= 0,9 цил OS= 0,7-0,25Д ах90=1,0

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2,вены широкие, полнокровные, извиты, ед. микроаневризмы, тв. экссудаты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопический астигматизм ОИ.

13.05.17ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

13.05.17 УЗИ ОБП: Эхопризнаки гепатомегалии, диффузных изменений печени и поджелудочной железы, конкрементов желчного пузыря.

11.05.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь Ш ст 3 степени. Риск 4. Рек: бисопролол 5 мг утром, хипотел 40-80 мг веч.

10.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.05.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит вне обострения

15.05.17 Нефролог: ХБП II, гипертензивная, диабетическая нефропатия.

11.05.17 Аллерголог: Бронхиальная астма, персистирующее течение, неконтролируемая. ЛН 1.

05.05.17 ФГ ОГК№ 5879 в норме.

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

04.05.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,5 см3; лев. д. V =4,9 см3

Перешеек – 0,4см.

Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура диффузно неравномерная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Паращит. железы не виз-ся. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Рапид, Инсуман Базал, метфогамма, амлодипин, офлоксацин, флуконазол, Инсуман Комб, тиогамма, актовегин, нейробион, донна 2,0в/м 2р/нед.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Сохраняется анемия, повышение СОЭ. Настаивает на выписке по семейным обстоятельствам.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-20-22ед., п/о-14-16 ед., п/уж -14-16 ед., Инсуман Базал 22.00 26-28 ед. при сохраняющейся утреней гипергликемии увеличить дозу Инсуман Базал.

Метфогамма (диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 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. Эналаприл 5 мг утром, амлодипин 5 мг утром. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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.
6. Рек. невропатолога: ксифокам Рапид 8 мг1р\д № 10
7. Рек аллерголога: серетид 50/500 2р/д 3 мес с послед. пересмотром дозы, вентолин 100 мкг при приступе, лазолван 2т 3р/д.
8. Рек хирурга: диета, золопент 20 мг1р\сут 3 нед, альмагель нео 1л 2-3 р/д при изжоге, но-щпа 1-2т при болях в пр подреберье, при выраженном болевом с-ме свыше 24часов обращение к хирургу по м\ж. Оперативное лечение - лапароскопическая холецистэктомия в плановом порядке.
9. Рек нефролога: контроль ан. крови мочи, показателей азотемии в динамике, УЗИ контроль 1-2 р/год, Адекватная против гипертензивная терапия.
10. Контроль ОАК, мочи в динамике

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.