#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1594

##### Ф.И.О: Швидка Лариса Ивановна

Год рождения: 1946

Место жительства: г. Запорожье ур. Парижской коммуны 7

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 14.11.17 по 24.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОД. Артифакия OS. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ожирение I ст. (ИМТ 34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II ст, сочетанного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая дисметаболическая), цереброастенический с-м , вестибуло-атактический.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5-6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, шум в голове, дрожь верхних конечностей.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 12.2016, в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Протафан НМ п/з 22-24 ед., сиофор 850 2р/д. Гликемия –6,8-8,0 ммоль/л. глик гемоглобин – 8,3%. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте 1т 1р/д . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 15.11 | 125 | 3,7 | 5,2 | 31 | 1 | 1 | 57 | 38 | 3 |
| 17.11 | 132 | 4,0 | 4,5 | 31 | 0 | 1 | 56 | 41 | 2 |
| 20.11 | 128 | 3,8 | 4,0 | 39 | 2 | 7 | 49 | 39 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.11 | 65,9 | 7,5 | 1,63 | ,42 | 5,33 | 4,3 | 4,0 | 86 | 14,47 | 2,9 | 2,5 | 0,37 | 0,26 |

15.11.17 Анализ крови на RW- отр

20.11.17 Коагулограмма: ПТИ – 107,1 %; фибр –4,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин –2

17.11.17; ТТГ –1,3 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – 28,6 (0-30) МЕ/мл

15.11.17 К –4,34 ; Nа – 139Са++ - 1,12С1 -105 ммоль/л

### 15.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

17.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

22.11.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 16.11.17 Микроальбуминурия –32,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.11 | 7,2 | 9,0 | 6,0 | 6,5 |  |
| 17.11 | 7,9 | 9,3 | 7,7 | 7,0 |  |
| 20.11 | 6,5 | 7,5 | 7,5 | 7,6 |  |

16.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II ст, сочетанного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая дисметаболическая), цереброастенический с-м , вестибуло-атактический.

17.11.17 Окулист: VIS OD= 0,1 сф + 2,0=0,3 OS= 0,6сф + 0,5=0,8 OS. артифакия. ОД негомогенное помутнение. На гл. дне сосуды сужены, слегка извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс 1 ст. тв. экссудаты. В макуле депигментация, ед. микроаневризмы. Д-з: Незрелая катаракта ОД. Артифакия OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.11.17 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.11.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

14.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

17.11.17 Гинеколог: Практически здорова.

15.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов.

24.11.17: УЗИ ОБП и МВС: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст. Образование левой почки, похожего на колону Бертини.

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Протафан НМ, сиофор, нолипрел, вазилип, тиогамма, тиогамма, витаксон, пирацетам.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Протафан НМ п/з 24-6 ед.

ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Конс. кардиолога по м/ж
5. Гипотензивная терапия: Нолипрел форте 1т 1р/д., кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес. актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: бифрен 1к 3р/д1 мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Контроль ОАК в динамике
10. Продолжить дообследование у семейного врача, уролога по м/ж, учитывая изменения по данным УЗИ почек (образование в левой почке похожее на колону Бертини)

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.