#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1393

##### Ф.И.О: Двойнова Валентина Васильевна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Энергодар ул. Центральная 16-9

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.10.17 по 20.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1- II ст. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Артифакия. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.ИБС диффузный кардиосклероз, полная блокада ПНПГ, постоянная форма фибрилляции предсердий СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Варикозная болезнь/к, Варикозное расширение поверхностных вен голени II – Ш ст.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 10.2016г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-20 ед., п/у- 16ед., Хумодар Р100Р п/з 10 ед, п/у 4 ед., диафорин 850 2р/д Гликемия –6,7-8,0 ммоль/л. НвАIс – 5,8 % от 18.09.17 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 30 лет, нарушения ритма по типу фибрилляции предсердий в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает принимает нолипрел би- форте 1т 1р/д, бисопролол 5 мг 1р/д, кардиомагнил 75мг 1 р/день. Смешанный зоб 1, узлы обеих долей с 2015. ТАПБ от 07.2015 – цитологическая картина пунктата левой доли соответствует узловому зобу 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 |
| 10.10 | 159 | 4,8 | 4,7 | 17 | 2 | 4 | 50 | 43 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 10.10 | 87,2 | 4,91 | 2,35 | 0,98 | 2,85 | 4,0 | 4,4 | 74 | 13,2 | 3,0 | 4,3 | 0,25 | 0,23 |

13.10.17 ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

10.10.17 К – 3,71 ; Nа –133,2 Са++ -1,07 С1 - 104 ммоль/л

### 10.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –12-14 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

12.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 17000эритр - белок – отр

17.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 47500эритр - белок – отр

11.10.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 12.10.17 Микроальбуминурия – 100,4мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.10 | 7,3 | 7,9 | 6,3 | 6,8 |
| 12.10 | 6,2 | 5,6 | 6,5 | 7,0 |
| 14.10 | 5,7 | 5,7 | 6,5 | 5,6 |
| 17.10 | 6,3 | 6,4 | 7,6 | 6,5 |
| 18.10 | 6,1 | 6,0 |  |  |

13.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

17.10.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ОИ артифакия.

Гл. дно: на гл дне сосуды умеренно извиты, склероз, с-м Салюс 1- II ст. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

09.10.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердия, тахикардия . Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

12.10.17ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердия,. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

10.10.17Кардиолог: Диффузный кардиосклероз полная блокада ПНПГ. Постоянная форма фибрилляции предсердий СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

15.10.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

12.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Шcт. Варикозная болезнь/к, Варикозное расширение поверхностных вен голени II – Ш ст.

10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к повышен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Нарушение кровообращения справа 1- II ст

19.10.2017 Нефролог Инфекция мочевыводящих путей.

09.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,4 см3; лев. д. V = 19,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. В пр доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,13\*0,9 см. У заднего контура пр доли такой же узел 0,92\*0,8 см. В левой доли вс/3 такой же узел 3,1\*2,1 см. с кистозной дегенерацией В в/3 левой доли такой же узел 1,14\*0,96 см. У заднего конура такой узел 1,0 см. В пр доле расширенный фолликул до 0,45 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Хумодар Б100Р, линекс, цефикс, флуконазол, канефон, тридуктан МВ, эплепрес, тиогамма, ципрофлоксацин, диаформин, нолипрел би форте, бисопролол ,кардиомагнил, Хумодар Р100Р

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар БР п/з-14 ед., п/уж -12 ед.

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. Рек. кардиолога: варфарин 2,5-5 мг 1 р/день с контролем МНО 1р/1-2нед или добигартран 110мг 2 р/день ,бисопролол 2,5 -5 мг 1р/день , эплепрес 25 мг 1 р/день , нолипрел форте по 1 табл 1 р/день ,дообследование ЭХО КС, Контроль АД, ЭКГ. предуктал MR по 1 табл 2 р/день
5. К лечению добавлять варфарин только при возможности контроля МНО 1р в 2 нед.
6. 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.
7. Рек. невропатолога: бифрен 1т 3р/д 1 мес ,келтикан 1т 3р/д 1 мес,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлво щит железы в планвом порядке.
9. Рек нефролога: цефикс 400 мг 1р/\*сут, флуконазол 50 мг 1р/д 5-7 дней, при нормализии ан. мочи прием канефрона 2т 3р/д 1 мес. Провести УЗИ МВС ( в эндодиспансере отказалась.
10. Контроль ан. мочи по Нечипоренко после курса лечения рекомендованного нефрологом, осмотр семейного врача по м/ж
11. Рек хирурга: веносмил 1т 2р/д 2 мес. компрессионный антиварикозный трикотаж

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В