#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1416

##### Ф.И.О: Габелюк Ирина Ивановна

Год рождения: 1961

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи ул. Горького 7-17

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 12.10.17 по 24.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит. Узловой зоб 1 ст. Узел правой доли. Гипотиреоз, средней тяжести, впервые выявлений. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Вторичная пленчатая катаракта OД. Хр. пиелонефрит в стадии обострения. Варикозная болезнь н/к. Варикозное расширение вен голени II ст с двух сторон.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за 3 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 130/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (сиофор, глибенкламид). С 2014г, в связи с декомпенсацией СД переведена на Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-28 ед., п/у- 28ед., Фармасулин Н п/з 12ед, п/у 12 ед, сиофор 500 мг 1р/д. Последнее стац. лечение в 2014г. АИТ без увеличения объема щит железы, узел правой доли выявлен в 2014г. ТАПБ от 2014г цитология -аденоматозный узел правой доли щит. железы. АТ ТПО –585 (0-30) МЕ/мл от 2014г .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 |
| 13.10 | 155 | 4,6 | 4,4 | 21 | 3 | 1 | 47 | 42 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.10 | 113 | 7,1 | 1,87 | 1,2 | 5,1 | 5,3 | 5,3 | 55 | 14,4 | 3,0 | 1,3 | 0,24 | 0,49 |

13.10.17 Глик. гемоглобин - 13%

23.10.17 ТТГ –93,5 (0,3-4,0) Мме/мл

13.10.17 К –4,85 ; Nа –133 Са++ -1,2 С1 - 105 ммоль/л

### 13.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

17.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 300000 эритр - 500 белок – 0,04

18.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 45000 эритр - белок – отр

17.10.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 19.10.17 Микроальбуминурия –55,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.10 | 11,6 | 11,9 | 9,2 | 9,8 |
| 14.10 |  | 10,8 |  |  |
| 16.10 | 10,0 | 10,6 | 9,4 | 7,3 |
| 18.10 | 6,0 | 10,5 | 8,0 | 10,4 |
| 20.10 | 5,6 | 7,4 | 9,3 | 5,2 |

28.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебростенический с-м. Рек: сермион 30 мг веч, келтикан 1т 3р/д, астин 10мг 1р/д веч.

20.10.17 Окулист: VIS OD=0,8 OS= 0,2сф – 1,0=0,3 Артифакия ОИ. OS – помутнение задней капсулы хрусталика, гл дно под флером. ОД Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены полнокровны. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Вторичная пленчатая катаракта OS. Рек: лазеркоагуляция на OS.

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

18.10.1Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН1.

Рек. кардиолога: Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

20.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь н/к, .Варикозное расширение вен голени II ст с двух сторон. Рек: дуплекс н/к, веносмил 1т2р/д, лиотон гель, местно.

23.10.17Травматолог: ДОА?

23.10.17 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения, артериальная гипертензия.

18.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен.. 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.

18.10.17 Допплерография: Определение ЛПИ противопоказано из-за наличия у больной варикозной болезни н/к .

24.10.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; застоя в желчном пузыре, крупноочагового лейомиоматоза матки.

12.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,7 см3; лев. д. V =4,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры бугристые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена, местами значительно. Эхоструктура крупнозернистая прослойки фиброза. В пр доле у заднего контура изоэхогенный узел гидрофильным ободком 1,36\*1,1см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы. Узел пр. доли.

Лечение: тиогамма турбо, актовегин, милдрокор, кокарнит, мефармил, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, эналаприл, индапрес, амлодипин, левофлоксацин, флуконазол.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст. Пациентка негативно относится к введению Фармасулин Н, Фармасулин НNP, переведена на инсулин Инсулар Актив, Инсулар Стабил, о чем имеется запись в истории болезни.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з-32 ед., п/уж - 30ед., Инсулар Актив п/з 14 ед, п/у 14 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 6 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 50 мкг/сут. Контр ТТГ 1р в 2 мес., затем при компенсации ТТГ ( 0,5-3,5) 1р в 6 мес.
10. Рек нефролога: контроль ан крови, мочи, показателей азотемии в динамике. Проведение УЗИ МВС. Продолжить а/б терапию: левофлоксацин 500 мг до 10 дней, флуконазол 50 мг до 10 дней, затем прием канефрона 2т 3р/д 1 мес,

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В