#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1418

##### Ф.И.О: Черная Раиса Григорьевна

Год рождения: 1943

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 34-3

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 13.10.17 по 26.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 30,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит. Узловой зоб 0-1. Мелкий узел левой доли. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м ИБС, диффузный кардиосклероз. Метаболическая кардиомиопатия. Синусовая брадикардия. СН II А ф кл. II ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4.. Киста левой почки.

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, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния 2-3 р/мес

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В 2011 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о-6 ед., п/у- 8ед., Протафан НМ п/з 34 ед, п/у 8 ед. Гликемия – 2,1-18 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. В настоящее время принимает: кардиомагнил 75 1р/д, роксера 10 мг, карведилол 25 мг, ко-пренесса 8/2,5. Страдает гипотиреозом с 40 летнего возраста, принимает L-тироксин 75 мкг утром натощак. ТТГ – 0,81 (0,4-4,0) АТПО – 66,6 ( 0-30) от 2015. 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 |
| 17.10 | 126 | 3,8 | 4,5 | 23 | 7 | 3 | 59 | 26 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 17.10 | 56 | 4,22 | 1,71 | 1,73 | 1,7 | 1,4 | 7,7 | 91 | 9,1 | 2,4 | 7,2 | 0,43 | 0,34 |
| 24.10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3,2 |  |  |

17.10.17 глик гемоглобин – 9,7%

17.10.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

17.10.17 К – 3,97 ; Nа –131 Са++ -1,07 С1 - 104 ммоль/л

### 18.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

19.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -63000 эритр - 2000 белок – отр

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

17.10.17 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 19.10.17 Микроальбуминурия –88,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.10 | 10,4 | 14,5 | 7,5 | 7,2 |
| 16.10 | 11,8 | 17,4 | 10,6 | 4,1 |
| 18.10 | 12,9 | 11,2 | 8,2 | 6,0 |
| 20.10 2.00-7,7 | 9,8 | 9,4 | 4,9 | 4,4 |
| 22.10 2.00-9,0 | 8,5 | 11,1 | 10,5 | 14,1 |
| 24.10 | 12,1 | 12,8 |  | 7,8 |
| 25.10 2.00-9,5 | 6,7 | 5,9 | 6,6 | 5,3 |
|  |  |  |  |  |

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: Помутнения в хрусталиках ОИ Сосуды сужены, извиты, склерозированы. С-м Салюс 1- II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

13.10.17 ЭКГ: ЧСС -44 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

20.10.17 ЭКГ: ЧСС -50 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

13.10.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. Метаболическая кардиомиопатия. Синусовая брадикардия. СН II А ф кл. II ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Рек. кардиолога: амлодипин 5-10 м 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, трифас 5 мг 1р/д. Контроль АД ,ЧСС, суточное мониторирование ЭКГ, при необходимости конс. врача кардиохирурга .

15.09.17 ЭХО КС: Уплотнение аорты, АК, склероз с кальцинозом сух. кольца на МК и створок, с повышением градиента на МК.

18.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

29.10.17 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом, артериальная гипертензия. Киста левой почки.

17.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к несколько нарушена.

24.10.17Уролог Киста левой почки.

23.10.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, функционального раздражения кишечника, крупной кисты левой почки.

24.10.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован

20.10.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

24.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,5см3; лев. д. V =2,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. . Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В лев доле в с/3 гидрофильный узел 0,52 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли

Лечение: Протафан НМ, Актрапид НМ, метфогамма, офлоксин, атоксил, флуканазол, торадив, L-тироксин, эналаприл, тиогамма, витаксон, эплепрес, тридуктан актовегин, пирацетам

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, нефролога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ, п/з-12-14 ед., п/уж – 4-6ед., Протафан НМ п/з 36-38ед, п/у 12-14 ед.

Метфогамма (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 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. Гипотензивная терапия: ко-пренесса 8/2,5 1р/д, леркамен 10 мг веч Контр. АД. При повышении АД возможно увеличение дозы леркамена до 20 мг/сут.
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: МРТ головного мозга в плановом порядке, УЗД МАГ келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., Вазосерк 24 мг 2р/д 1 мес
7. L-тироксин 75 мкг утром натощак УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия . Прием растительных уросептиков. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес. Провести КТ МВС с последующим осомтром уролога.
9. Рек уролога: КТ почек, повторный осмотр .

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В