#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 85

##### Ф.И.О: Янчук Майя Ивановна

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул. Арочная 37

Место работы: Кооператив «Скиф» бухгалтер

Находился на лечении с 18.01.17 по 31.01.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 35,2 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб 0-1. Узел правой доли. Эутиреоз. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Дисметаболическая энцефалопатия, 1- II вестибуло-атактический, цереброастенический с-м

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, слабость, утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диапирид 6 мг/сут, диаформин 1000 2р/д. воксид 0,3 мг 1т 3р/д. Гликемия –13-19 ммоль/л. Боли в н/к, онемение пальцев ног в течение 8 лет, в течение последнего месяца усиление болевого с-ма, лечение на амб. этапе без видимого эффекта. Повышение АД в течение 3 лет, гипотензивную терапию не получает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.01.17 Общ. ан. крови Нв –143 г/л эритр – 4,3 лейк –6,7 СОЭ –21 мм/час

э-1 % п-2 % с- 56% л- 35 % м- 6%

24.01.17 лейк – 7,5 СОЭ - 24

19.01.17 Биохимия: СКФ –112,8 мл./мин., хол –6,5 тригл -2,0 ХСЛПВП -1,03 ХСЛПНП -4,6 Катер -5,3 мочевина –6,7 креатинин –89,1 бил общ –11,8 бил пр –2,9 тим –1,3 АСТ –0,18 АЛТ –0,2,9 ммоль/л;

23.01.17 Глик. гемоглобин – 11,1%

19.01.17 Коагулограмма: ПТИ –88,2 %; фибр – 4,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 32

### 19.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1034 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

23.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -7500 эритр -250 белок – отр

24.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

20.01.17 Суточная глюкозурия – 3,9 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.01.17 Микроальбуминурия – 32,3мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.01 | 11,4 | 15,2 | 9,5 | 10,8 |
| 21.01 | 10,9 | 12,2 | 8,6 | 7,9 |
| 23.01 | 10,4 | 10,1 | 7,7 | 14,7 |
| 24.01 | 8,0 | 10,9 |  | 12,1 |
| 25.01 | 9,1 | 10,0 | 8,0 | 9,2 |
| 27.01 | 6,5 | 11,0 | 5,5 | 8,2 |
| 28.01 |  | 8,0 |  |  |

18.01.17Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия, 1- II вестибуло атактический, цереброастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

23.01.17Окулист:

Факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умеренно сужены, извиты, склерозированы, вены полнокровны Салюс 1. Микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.01.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

19.01.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I.

30.01.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.01.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

31.01.17 ЛКК в составе Нач. мед. Карпенко И.В Зав. отд. Фещук И.А. Леч. врач Соловьюк Е.А. диагноз согласован. Рекомендовано направить на консультацию на МСЭК для определения степени утраты трудоспособности.

23.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,7 см3; лев. д. V =6,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура мелкозернистая, в целом однородная в пр доле у заднего изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,94\*0,74 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: диалипон, витаксон, Хумодар Б100Р, диаформин, диапирид, предуктал MR

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-16-18 ед., п/уж -10-12 ед.

ССТ: 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. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.,
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит. железы в плановом порядке.
8. Рек невропатолога: неогабин 75 мг 2р\д 3 дня, затем 75 мг утром + 150 мг на ночь 3 дня, при необходимости 150 мг 2р\д в течение 2-3 нед.
9. Направить на консультацию на МСЭК для определения степени утраты трудоспособности.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В