#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 311

##### Ф.И.О: Грабчак Алла Павловна

Год рождения: 1952

Место жительства: Токмакский р-н, г. Молочанск ул. Воронина 24а

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 28.02.17 по 10.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма(NSS 3 NDS -3).Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст, пиелонефрит в стадии обострения, солевой диатез, САГ II ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Многоузловой зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоз Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. ДДПП на поясничном уровне с-м люмбалгии, хр. рецидивирующее течение. ст. обострения. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение слабость, утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-28 ед., п/у-26 ед. Гликемия –13,0-15,6 ммоль/л. НвАIс – 11,6 % от 25.08.16. Последнее стац. лечение в 2014г АИТ с 2014 АТПО – 989,8 ( 0-30) ТТГ – 0,6 ( 0,3-4,0) от 21.03.17 .25.03.2014 проведено ТАПБ узла пр. доле «цитологическая картина пунктатов обеих долей соответствует узловому зоб у с кистозной дегенерацией узла левой доли с очаговой оксифильной метаплазией клеток фолликулярного эпителия в сочетании с АИТ». Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

01.03.17 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр – 4,6 лейк –4,3 СОЭ –14 мм/час

э- 1% п-3% с- 48% л- 41 % м- 7%

09.03.17 Общ. ан. крови Нв – 139 г/л эритр –4,2 лейк – 5,1 СОЭ – 15 мм/час

э- 0% п-0 % с- 62% л- 35 % м- 3%

01.03.17 Биохимия: хол –6,3 тригл -1,3 ХСЛПВП -1,73 ХСЛПНП – 4,0Катер -2,6 мочевина –4,4 креатинин – 56,1 бил общ – 12,6 бил пр – 3,1 тим – 1,4АСТ – 0,45 АЛТ – 0,45 ммоль/л;

01.03.17 СКФ – 119,5 креатинин 56,1

01.03.17ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

### 03.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – на всё в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - едв п/зр

02.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -16500 эритр -250 белок – 0,033

06.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -42500 эритр -250 белок – 0,03

09.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -20500 эритр -250 белок – 0,03

03.03.17 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 03.02.17 Микроальбуминурия – 38,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.02 |  |  | 10,4 | 5,7 |
| 01.03 | 12,2 | 14,4 | 4,5 | 4,1 |
| 02.03 | 7,6 | 12,1 | 9,3 | 12,8 |
| 04.03 | 10,0 | 12,6 | 8,2 | 10,2 |
| 06.03 | 10,3 | 12,2 | 10,1 | 9,3 |
| 08.03 | 7,6 | 13,6 | 8,9 | 5,2 |
| 09.03 |  | 10,1 |  |  |

28.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м . ДДПП на поясничном уровне с-м люмбалгии, хр. рецидивирующее течение . ст. обострения.

28.02.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, выраженный ангиосклероз, вены полнокровны. Салюс I-II. В макуле рефлекс сглажен. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ.

02.02.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

01.03.17Кардиолог: САГ II ст

06.03.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.03.17РВГ: Нарушение кровообращения справа ш ст, слева 1 ст, тонус сосудов N.

07.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия микролитов почках без нарушения урокинетики.

06-09.03.17 нефролог: ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст, пиелонефрит в стадии обострения, солевой диатез.

02.03.17Хирург: острой хирургической патологии в данной момент нет.

28.02.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,4 см3; лев. д. V = 12,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр доле в/3 гидрофильный узел1,1\*0,76 см. рядом кольцевая структура 1,0 см. в левой доле в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,2\*1,36 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: каптоприл, Хумодар К 25 100Р, норфлоксацин, эналаприл, цефикс, флуканазол, индапрес, диалипон, витаксон, диаформин,

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 28-30ед., п/уж - 26ед.,

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) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг \*2р/д., индапамид 2,5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике цефикс 400 мг\сут, флуконазол 50 мг 1р\д 5-7 дней. Контроль ан. мочи по Нечипоренко
8. Контроль ан. мочи по Нечипоренко через 1 нед с послед. осмотром семейного врача.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В