#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 154

##### Ф.И.О: Новак Елена Ивановна

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье ул. Правды 41-34

Место работы: н/р,

Находился на лечении с 31.01.17 по 13.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I цереброастенический с-м, с-м умеренной вестибулопатии. Язвенная болезнь активная фаза, Эрозивный хр. гастродуоденит. Рубцовая деформация луковицы 12 п. кишки. H-pylory – отр . Неалкогольная жировая болезнь печени. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии

Жалобы при поступлении на полиурию, снижение веса на 13 кг за 3 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 240/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. . Комы отрицает. С начала заболевания ССП – диаформин 850 2р/д, Глик амбулаторно – 6,7- 8,0. 29.10.16 госпитализирована с терап. отд по м\ж с гипертоническим кризом, во время стац лечения в связи с повышением гликемии к лечению амарил 3 мг, воксид 0,2 мг по 1т 3р\д, принимала в течение месяца. В дальнейшем в связи с участившимися гипогликемическими состояниями перешла на прием диафомрина 100 2р/д ( принимает по настоящее время). НвАIс – 7,8 % от 08.11.16. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает гиприл А. 21.11.16 ТТГ – 1,93 , АТТГ <20 АТТО < 10. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.02.17 Общ. ан. крови Нв – 130 г/л эритр –4,1 лейк –5,8 СОЭ –7 мм/час

э-0% п- 0% с- 77% л- 19% м-4 %

01.02.17 Биохимия: СКФ –106,9 мл./мин., хол –5,6 тригл -1,63 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -3,5 Катер -3,4 мочевина –4,6 креатинин –72,6 бил общ –13,8 бил пр –3,2 тим –2,2 АСТ –0,24 АЛТ –0,22 ммоль/л;

02.02.17 К –4,15 ; Nа –142,7 Са – 1,24 С1 – 97 ммоль/л

### 01.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –5-6 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

С 10.02.17 ацетон - отр

02.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр - белок – отр

02.02.17 Суточная глюкозурия – 0,58 %; Суточная протеинурия – отр

##### 02.02.17 Микроальбуминурия –31,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.02. | 9,0 | 10,8 | 8,1 | 9,0 |
| 03.02 | 7,7 | 7,4 | 8,3 | 10,4 |
| 05.02 | 8,4 | 7,8 | 6,8 | 9,3 |
| 07.02 | 9,0 | 8,7 | 7,4 | 8,4 |
| 09.02 | 6,9 |  |  |  |
| 12.02 | 10,6 | 9,7 | 10,3 | 10,1 |
| 13.02 |  |  |  |  |

31.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия I цереброастенический с-м, с-м умеренной вестибулопатии.

03.02.17Окулист: VIS OD= 0,9 – 0,75 д = 1,0 OS=0,6 сф – 0,5 д =0,9

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Е сосуды извиты, вены уплотненны, с-м виста, микрогеморрагии. Салюс I. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.02.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

06.02.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

02.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

080.2.17 Гастроэнтеролог: Язвенная болезнь активная фаза, Эрозивный гастродуоденит. Рубцовая деформация луковицы 12 п. кишки. H-pylory – отр . Неалкогольная жировая болезнь печени. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии

02.02.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, неполного удвоения левой почки, нельзя исключить удвоение синуса правой почки.

10.11.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,2 см3; лев. д. V = 5,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура мелкозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы по типу АИТ.

Лечение: диаформин, гиприл А, амарил, диапирид, атоксил, нолипрел форте, карведилол, фитосед, гепадиф, де-нол, фосфалюгель, карведилол, валериана.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, на применении препаратов метформиногового ряда, однако в настоящее время имеется патология ЖКТ ( осмотр г/энетролога от 08.02.17 ст. обострения) в связи с чем определяется ацетонурия, от перевода на инсулинотерапию в настоящее время отказывается, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэентеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/з. Возможен перевод на препараты метформиного ряда при клиническом выздоровлении патологии ЖКТ, с отменной диапирида (диаформин или сиофор или глюкофаж 1000 - 1т. \*2р/сут. )
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами. (после лечения у гастроэнтеролога)
7. Рек. кардиолога: карведилол 25мг 2р/д, при недостаточном снижении АД нолипрел форте 1т 1р/д. . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Рек. невропатолога: бифрен 1т 2р\д до еды 2 нед. далее 1т 2р\д 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес
10. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, гепадиф 2к 2р\д после приема пищи 2-3 мес, де-нол или гастронорм 2т 2р\д, за 30 мин до еды 2 нед, даларгин 1,0 в/м 1р\д 1 нед. фосфалюгель 1п 3р/д после еды 7-10 дней, мезим 10 тыс 1т 3р\д во время еды, повторный осмотр гастроэнтеролога через 2 нед.
11. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В