#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 973

##### Ф.И.О: Четвергова Ольга Михайловна

Год рождения: 1953

Место жительства: Васильевский р-н, пгт Степногорск ул. Молодежная 1/89

Место работы: КНДЗ « Вербиченко» охранник,

Находился на лечении с 20.07.18 по  03.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ Частичный гемофтальм ОИ ХБП Iст. МКБ мелкие конкременты обеих почек. Пиелонефрит, обострение. Ожирение II ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб II ст Узел правой доли щит. железы . Эутиреоидное состояние .Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза, цефалгический с-м, церебрастенический с-м. Начальная катаракта. Хроническая лимфоцитарная лейкемия, хроническая, 1 стадия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 5 кг за год, боли в н/к, онемение ног.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (Диабетон MR, сиофор). С 2007 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-24 ед., п/у-16 ед., Хумодар Р100Р п/з 16 ед , п/у 10 ед, метамин 1000 мг 2р/д.. Последнее стац. лечение в 2007г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг. Узловой зоб выявлен в 2007. ТАПБ не проводилась. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 23.07 | 126 | 4,08 | 22,6 | 12 | |  | | 2 | 0 | 20 | 75 | | 3 | | |
| 30.07 | 132 | 4,31 | 25,7 | 16 | |  | | 5 | 0 | 19 | 71 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.07 | 83 | 6,06 | 1,77 | 1,42 | 3,83 | | 3,3 | 4,4 | 81 | 8,9 | 1,7 | 0,62 | | 0,41 | 0,43 |

23.07.18 Глик. гемоглобин -11,4 %

25.07.18ТТГ – 2,19 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –3,76 (0-30) МЕ/мл

23.07.18 К – 4,81 ; Nа –144 Са++ -1,15 С1 102 ммоль/л

### 24.07.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. – 1-2; эпит. перех. - в п/зр

25.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250000 эритр -1000 белок – 0,026

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

23.07.18 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 27.07.18 Микроальбуминурия –84,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.07 | 11,2 | 13,6 | 8,2 | 9,7 |
| 25.07 | 7,2 |  | 6,1 | 12,3 |
| 26.07 |  | 9,6 |  |  |
| 27.07 | 8,4 | 8,0 | 10,4 | 12,5 |
| 29.07 | 9,4 | 11,6 | 7,2 | 13,5 |
| 31.07 | 11,0 | 10,3 | 10,1 | 12,7 |
| 01.08 | 7,8 | 14,0 | 10,5 | 9,5 |
| 02.08 | 5,5 | 5,2 | 6,3 | 7,7 |

23.07.18 .Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1, сочетанного генеза, цефалгический с-м ,церебрастенический с-м. Рек: актовегин 10,0 в/в № 10, нейротропин 4,0 в/в № 10 МРТ головного мозга УЗД МАГ

07.06.18 Окулист: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта,. Частичный гемофтальм ОИ .Рек: этамзилат 1т 3р/д, детралекс 1т 3р/д, затем в ОД р-р йодистого калия 2% 4р/д 2 нед, в/м лидаза 64 ед № 10, Алоэ в/м 2,0 № 10

20.07.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево.

23.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек. кардиолога: небивалол 5 мг 1р/д, нолипрел форте 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

23.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

23.07.18 ЛОР: патологии не выявлено

31.07.18. Гематолог: Хроническая лимфоцитарная лейкемия, хроническая, 1 стадия.

30.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением ее размеров, застоя в ж/пузыре, мелких конкрементов в почках без нарушения уродинамики.

26.07.18 Нефролога: ХБП 1 МКБ, мелкие конкременты обеих почек, пиелонефрит обострение. Рек: : норфлоксаацин 400 мг 2р/д, канефрон 2т 3р/д. Контроль ан. мочи в динамике .

20.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,4 см3; лев. д. V = 10,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0, 4см. В п р доле у заднего контура гидрофильный узел 1,24\*0,83 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли .

Лечение: Хумодар Р100Р Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р вазилип, асафен, эспа-липон, солкосерил, мефармил, небивалол, нолипрел форте.

Состояние больного при выписке: За период стац лечения больная переведена на Хумодар К 25 100Р. Уровень гликемии соответствует целевым значениям. Уменьшились боли в н/к АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-38 ед., п/уж -26 ед..

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000мг - 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. Гипотензивная терапия: небивалол 5 мг 1р/д, нолипрел 1т утром. Контр. АД.
4. Диалипон 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.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ в плановом порядке с послед. конс. эндокринолога.
6. По достижении ремиссии хронического пиелонефрита, повторить анализ мочи на микроальбуминурию и уточнить ст. диаб. нефропатии.
7. Рек. гематолога: В проведении химио-терапии в настоящее время не нуждается. Контроль у гематолога через 3 мес с развернутым анализом крови.
8. Б/л серия. АДЛ № 177657 с 20.07.18 по 03.08.18 к труду 04.08.18

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.