#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 599

##### Ф.И.О: Яцук Нина Александровна

Год рождения: 1954

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи ул. Гоголя 17

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 25.04.18 по 07.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хр. пиелонефрит в ст. обострения. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Птеригиум OS .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение,.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . С 2017 в связи с декомпенсацией СД переведена на комбинированную терапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 22ед., п/у8- ед., метамин 1000 мг 2р/д с 26.03.18 – 04.04.18 стац лечение в терап. отд по м/ж по поводу обострения хр. пиелонефрита., Гликемия –8-11 ммоль/л. НвАIс - 9,7% от 30.10.17. АИТ, гипертрофическая форма, гипотиреоз с 2017; ТТГ –6,88 (0,3-4,0) Мме/мл от 30.10.17; АТ ТПО – 437 (0-30) МЕ/мл от 05.05.17 В настоящее время принимает L-тироксин 50 мкг/сут. 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 | | |
| 26.04 | 126 | 3,8 | 5,1 | 24 | |  | |  |  | 66 | 29 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 26.04 |  | 6,58 | 1,32 | 1,52 | 4,22 | | 3,3 | 5,9 | 86 | 12,4 | 3,9 | 5,7 | | 0,1 | 0,2 |
| 04.05 | 56,9 |  |  |  |  | |  | 8,29 | 97 | 9,8 | 2,4 | 3,0 | | 0,13 | 0,15 |

26.04.18 общ белок – 73,1

27.04.18 Глик. гемоглобин – 9,3%

26.04.18 л; ТТГ –2,6 (0,3-4,0) Мме/мл

02.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-92 мкмоль/л; креатинин мочи-5060 мкмоль/л; КФ-48,9 мл/мин; КР- 98,2 %

### 04.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – ½ в п/зр белок – 0,067 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

27.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -80500 эритр - 250 белок – 0,073

03.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -9000 эритр - белок – 0,104

07.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок –

30.04.18 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – 0,162

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.04 | 6,4 | 7,7 | 7,8 | 7,6 |
| 29.04 | 5,9 | 7,6 | 7,2 | 8,1 |
| 02.05 | 6,6 | 10,1 | 6,4 | 7,8 |
| 06.05 | 6,0 | 6,6 | 8,5 | 8,7 |

03.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

03.05.18 Окулист: VIS OD= 0,1н/к OS= 0,2н/к ;

Негомогенное помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: вены полнокровные ,артерии сужены, сосуды извиты, выраженный ангиосклероз. ОИ – птеригиум. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Птеригиум OS.

30.04.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

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

02.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.05.18 Хирург: В данный момент хирургической патологии нет.

04.05.18 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, пиелонефрит.

02.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

02.05.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, опущения почек, повышенной подвижности правой почки.

04.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4см3; лев. д. V = 5,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с п прослойками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р диаформин, L-тироксин, магникор, этсет, стеатель, карведилол, вазар, индапрес, семлопин, левофлоксаин, креон, цефикс, диалипон турбо, тивортин, витаксон, нуклео ЦМФ, индапрес.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась после проведения коррекции инсулинотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Учитывая снижение остроты зрения подтвержденное осмотром окулиста рекомендовано введение Хумодар Б100Р в пенфильной форме с помощью шприц ручки ( выдана одна шприц ручка)

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р (пенф) п/з-20-22 ед., п/уж 6-8ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 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. Рек. кардиолога: би-престариум 5/5 мг 1т 1р/д, контроль АД. дообследование ЭХОКС.
5. 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.
6. Рек. невропатолога:, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. .Эутирокс (L-тироксин) 50 мкг утром натощак за 30 мин до еды
8. Контроль ОАК в динамике
9. Рек нефролога: цефикс 400 мг 1т 1р/д, -10 дней (принимает с 04.05.18) фитотерапия
10. Контроль ан. мочи по Нечипоернко в динамике, при сохраняющейся лейкоцитурии продолжить лечение хр. пиелонефрита у семейного врача по м/ж
11. Рек окулиста : возможно оперативное лечение катаракта в плановом порядке на ОИ.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.