#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 547

##### Ф.И.О: Шестакова Елена Анатольевна

Год рождения: 1970

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Астраханка, ул. Токмакская, 29

Место работы: н/р

Находился на лечении с 22.04.14 по 05.05.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ II. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП Iст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Астеновегетативный с-м. Миопия ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Железодефицитная анемия легкой степени. Ожирение I ст. (ИМТ 34,9 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Полименорея. Ранняя переменопауза.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 160 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Олтар 3мг утром + 1,5 мг веч. Диаформин 850 \*2р/д Гликемия –13,7-16,0 ммоль/л. НвАIс - 10 % от 10.04.14 . Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 20 мг 1т/сут. На Vп правой стопы имеется омозолелость, осмотрена хирургом. Рекомендованы перевязки с 20% р-ром димексида Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.04.14 Общ. ан. крови Нв – 113 г/л эритр –3,4 лейк – 4,6 СОЭ –22 мм/час

э- 1% п- 1% с- 56% л- 37 % м- 5%

23.04.14 Биохимия: СКФ –109 мл./мин., хол –5,9 тригл – 2,74ХСЛПВП -1,04 ХСЛПНП -3,61 Катер -4,7 мочевина –2,9 креатинин –80 бил общ –12,0 бил пр –3,0 тим –3,9 АСТ –0,39 АЛТ – 0,49 ммоль/л;

25.04.14ТТГ – 2,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –21,3 (0-30) МЕ/мл

25.04.14 железо – 8,2 мкмоль/л (10,7-32,2)

### 23.04.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –на все ; эпит. перех. -много в п/зр

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

24.04.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 25.04.14 Микроальбуминурия – 123,8мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.04 | 7,6 | 7,2 | 6,8 | 8,4 |
| 27.04 | 7,0 | 7,9 | 5,6 | 7,7 |
| 30.04 | 7,3 | 7,1 |  |  |

25.04Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Астеновегетативный с-м.

22.04Окулист: VIS OD= 0,1 OS=0,2

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия ОИ.

22.04ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

Кардиолог: (врач в отпуске)

24.04Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

29.04Хирург: Диабетическая ангиопатия н\к, ХИ IIст.

От рентгенографии правой стопы категорически отказался.

28.04.14 Гематолог: Железодефицитная анемия легкой степени

Гинеколог: Полименорея. Ранняя переменопауза.

23.04РВГ: Нарушение кровообращения справа –Iст, слева -II ст., тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока справа.

25.04Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА справа – 38-40%, слева 35-38%, ЗББА слева – 36-38%, справа 39-41%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.04.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; множественных конкрементов в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы..

22.04УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8см3; лев. д. V =6,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, в целом однородная

В пр. доле в в/3 гидрофильный очаг -0,41 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гидрофильный очаг правой доли.

Лечение: олтар, диаформин, берлиприл, амлодипин, индапрес, розувастатин, диалипон, витаксон, солкосерил, перевязки с 20 % р-ром димексида.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. Омозолелость Vп. правой стопы гиперемирована, с отделяемым. От Р-гр пр стопы и повторной конс. хирурга больная категорически отказалась, о чем имеется запись в истории болезни. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: олтар (диапирид, амарил) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

При сохраняющемся трофическом нарушении V п. правой стопы, отменить ССП, назначить инсулин короткого действия Генсулин Р (Хумодар Р100Р, Фармасулин Н) п/з 6-8ед, п/о 4-6 п/уж 4-6ед, 22.00 2-4 ед. ( при необходимости) под контролем гликемии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розуватстатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Берлиприл 5-10 мг утром , кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: армадин 2,0 в/м № 10.
7. Рек. гематолога: гино-тардиферон 1т./д. утр. 2 мес., Дан совет по питанию. Контроль ОАК 1р\мес.
8. Рек. хирурга: Р-гр правой стопы, влажный компресс с 25% раствором димексида. Явка к хирургу по м/ж.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.