#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1091

##### Ф.И.О: Иванова Люся Леонидовна

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Шахтерская 46-72

Место работы: ЧАО «ЗЖРК» экплуатационый участок.

Находился на лечении с 05.09.14 по 16.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. Диабетическая ангиопатия н/к II-Ш ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Преимущественно ВБС. С-м вестибулопатии. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Лейомиома матки небольших размеров НОМЦ. Ожирение Ш ст. (ИМТ 51кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Постинфарктный кардиосклероз (2003) СН II А ф.кл. II. САГ II ст.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, повышение АД макс. до 220/120 мм рт.ст., головные боли, боли в н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы: 2002 - гипогликемическая. С начала заболевания ССП (сиофор, амарил, глибенкламид). В 2005 переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-40ед., п/у-40 ед. Гликемия –10,0-8,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 20\*2р/д. 2010 АТТПО – 10,0 АТТГ – 32,5. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.09.14 Общ. ан. крови Нв –121 г/л эритр –3,7 лейк –2,2 СОЭ – 20 мм/час

э- 1% п- 2% с- 72% л- 21% м- 4%

12.9.14 СОЭ – 27 мм/час

08.09.14 Биохимия: СКФ –76,06 мл./мин., хол –5,7 тригл -2,73 ХСЛПВП -1,30 ХСЛПНП -1,30 Катер -3,4 мочевина –7,8 креатинин –163 бил общ –14,8 бил пр –3,7 тим –1,9 АСТ –0,13 АЛТ –0,19 ммоль/л;

08.08.14 ТТГ –3,0 (0,3-4,0) Мме/л

### 09.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – много ; эпит. перех. - ед в п/зр

09.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

12.09.14 Суточная глюкозурия – 168 %; Суточная протеинурия – отр

##### 12.09.14 Микроальбуминурия –168,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.09 | 8,3 | 11,0 | 9,5 | 10,2 |
| 10.09 | 6,2 | 7,5 | 7,7 | 9,4 |
| 13.09 | 5,4 | 6,5 | 8,7 | 10,4 |

09.09.Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Преимущественно ВБС. С-м вестибулопатии. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Лейомиома матки небольших размеров.

12.09.14 ФГ№ 81010 Без патологии.

05.09Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

05.09.ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка с признаками «перегрузки». Замедление АВ проводимости.

15.09.14Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Постинфарктный кардиосклероз (2005) СН II А ф.кл. II. САГ II ст.

08.09.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.09.14Гинеколог: Лейомиома матки небольших размеров. НОМЦ.

16.09Нефролог: ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

08.09Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза задней большеберцовой артерии справа 30 %, слева 33%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.09УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2 ст; желчный пузырь удален, изменений диффузного типа в паренхиме поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме левой почки , микролитов в почках.

05.09.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V = 6,1см3

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

Лечение: лизиноприл, амлодипин, индопрес, бисопролол, глюкофаж. эспа-липон, Хумодар К 25 100Р.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. С больной проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р. п/з- 44-46ед., п/уж -38-40ед.,

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

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., тридуктан МВ 1т. \* 2р/д., трифас 5 мг 1-2 р/нед.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Индапрес 2,5 утром лизиноприл 10 мг утром, физиотенс 0,2-0,4 веч.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д..
6. Рек. невропатолога: лира 100 мг в/м веч, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес.
7. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Диета с ограничением соли и жидкости, отменить амлодипин.
8. Б/л серия. АГВ № 234543 с 05.09.14 по 16.09.14. К труду 17 .09.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.