#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1205

##### Ф.И.О: Гармаш Татьяна Николаевна

Год рождения: 1951

Место жительства: Веселовский р-н, пгт Веселое, ул. Шевченко 29-6

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 01.10.14 по 14.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Гипертензивное сердце Риск 4. СН II А ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза .ТИА в ВБС в анамнезе в 2003,2005 г., вестибуло-атактический с-м. Ожирение III ст. (ИМТ 40 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП.

В наст. время принимает: диаформин XR 2000 мг/сут, диаприд 6 мг утр, глитазон 30 мг в обед. Гликемия –9,8-15,0 ммоль/л. НвАIс -9,8 % от 11.09.14. Боли в н/к в течение 4 лет. Повышение АД в течение 16 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50-100 мгв сут ,бисопролол 5 мг в сут.. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.10.14 Общ. ан. крови Нв – 126 г/л эритр – 3,9 лейк –5,3 СОЭ –5 мм/час

э- 1% п- 1% с- 64% л- 29% м- 2%

02.10.14 Биохимия: СКФ –104 мл./мин., хол –5,6 тригл -1,86 ХСЛПВП -1,39 ХСЛПНП – 3,36 Катер -3,0 мочевина –6,5 креатинин –81,6 бил общ –17,6 бил пр –4,4 тим –1,6 АСТ – 0,33 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

10.10.14 Са – 2,0 ммоль\л

11.10.14 Инсулин – 10,9 (2,6-24,9) мкЕд/мл; С-пептид – 2,52 (1,1-4,4) нг/мл

06.10.14 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 86,2 %; фибр –2,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

### 02.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 30-40 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

06.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -14500 эритр -250 белок – отр

10.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -12000 эритр - 250 белок – отр

14.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - 0 белок – отр

03.10.14 Суточная глюкозурия –0,42 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.10.14 Микроальбуминурия – 38,4мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.10 | 6,2 | 7,6 | 6,9 | 10,0 |
| 04.10 | 6,8 | 7,8 | 7,6 | 7,7 |
| 07.10 | 6,4 | 8,4 | 8,3 | 5,5 |
| 12.10 |  | 9,0 | 5,6 | 7,9 |
| 13.10 | 6,4 |  |  |  |

02.10.14 Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза .ТИА в ВБС в анамнезе в 2003,2005 г., вестибуло-атактический с-м.

01.10.14 Окулист: VIS OD=0,9 OS= 0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.10.14ЭКГ: ЧСС -90 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось горизонтальная. Позиция промежуточная. Неполная блокада ПНПГ.

09.09.14Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Гипертензивное сердце Риск 4. СН II А ст.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.10.14 На р-гр левого плечевого с-ва определяется перестройка костной ткани и известковые наслоения в обл б/бугорка, характерно для известкового бурсита. В месте эпифиза плеча определяется просветление до 1,0 со склеротическим ободком. Признаки субхондрального склероза в акромиально-ключичном сочленении.

01.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =1,9 см3; лев. д. V = 4,1 см3

Щит. железа не увеличена (нижняя граница нормы), контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диапирид, диаформин , глитазон, лозап, бисопролол, кардиомагнил , цифран ОД ,тиогамма турбо , актовегин , мильгамма, лира.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,невропатолога ,кардиолога , уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.мес.
5. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д,
7. Консультация кардиолога по м/ж

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.