#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1242

##### Ф.И.О: Бутенко Лилия Николаевна

Год рождения: 1950

Место жительства: Веселовский р-н, пгт. Веселое. Ул. Шевченко 29-5

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 08.10.14 по 21.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. В сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ревматоидный артрит, серопозитивный тип, медленно прогрессирующее течение, активность II. Rо Ш СФН II. Ожирение Ш ст. (ИМТ42 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии II степени.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5-8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., одышку при физ. нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Гипогликемические состояния и комы отрицает. С начала заболевания ССП (диапирид, диаформин). Повышение гликемии до 13,7 отмечает последние 3 мес после перенесенной пневмонии. В наст. время принимает: диапирид 4 мг утр, +2 мг веч, Диаформин 100 2р/д, Гликемия –6,6-13,7 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.10.14 Общ. ан. крови Нв –119 г/л эритр –3,8 лейк –4,2 СОЭ –21 мм/час

э-0 % п-0 % с- 66% л- 28 % м- 6%

10.10.14 Биохимия: СКФ –85 мл./мин., хол –4,37 тригл -2,19 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП -2,14 Катер -2,5 мочевина –5,9 креатинин –94,8 бил общ –10,5 бил пр –2,6 тим – 2,2 АСТ – 0,19 АЛТ – 0,18 ммоль/л;

10.10.14 Глик. гемоглобин 8,8 %

14.10.14 С-реактивнй белок – 4++++

10.1.014 Ревм. фактор 78,1 МЕ/мл

10.10.14ТТГ – 2,0 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 12,9 (0-30) МЕ/мл

### 09.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – на 1/2 в п/зр белок – 0,057 ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - в п/зр

13.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 143750 эритр -500 белок – 0,062

10.10.14 Суточная глюкозурия – 1,25%; Суточная протеинурия – 0,043

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.10 | 9,0 | 10,8 | 8,1 | 7,4 |
| 12.10 | 8,4 | 9,6 | 9,9 | 7,3 |
| 17.10 | 5,3 | 7,4 | 10,3 |  |

08.10.14Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,4

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

08.10.14ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная.

09.10Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.10.14 на р-гр кистей на фоне остеохондроза признаки субхондрального склероза, кистовидная перестройка суставных поверхностей и метаэпифизов фаланги и лучевых костей с обеих сторон.

09.10.РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

16.10.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

14.10.14 Ревматолог: Ревматоидный артрит, серопозитивный тип медленно прогрессирующее течение, активность II. Rо Ш СФН II.

08.10.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7см3; лев. д. V =6,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лизиноприл, кардиомагнил, торсид, диапирид, диаформин, преднизолон, контралок, фолиевая кислота, норфлоксацин, флюконазол, диалипон, витаксон, актовегин, метотрексат.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, больной предложен перевод на инсулинотерапию в связи с сопутствующей патологией, нестабильной гликемией, от которого она отказалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, ревматолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 6 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

Регулярный самоконтроль, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная госпитализация в КУ ОКЭД для перевода на инсулинотерапию.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Лизиноприл 10 мг веч, торсид 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.
5. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д,
6. Рек. ревматолога: ОАК с тромбоцитами. ОАМ СРБ, липидограмма, АТк ЦЦП, ДЕХА, конс. гинеколога. Диклоберл 3,0 в/м № 10. Метатотрексат 20 мг в/м 1р/нед постоянно, фоливая кислота 1т 1р/сут кроме для инъекции метотрексата, преднизолон 10 мг 1р\сут постоянно,контролок 40 мг 1т 1р\сут. Мониторинг ОАК, печеночных проб и трансаминаз. Повторный осомтр через 1 мес.
7. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.