#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 891

##### Ф.И.О: Грачева Татьяна Владимировна

Год рождения: 1959

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки ул. Новая 61-2

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 22.07.15 по 03.08.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст.в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма II ст. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном уровне, с-м люмбалгии, умеренный болевой с-м. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 42 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 14 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией назначена инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 36ед., п/у- 28ед., диаформин 1000 2р/д. Гликемия –11,0-20,4 ммоль/л. НвАIс -9,9 % от 07.07.15 . Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол. ТТГ – 4,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –15,9 (0-30) МЕ/мл от 07.2015. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.07.15 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр – 4,7 лейк – 8,2СОЭ –36 мм/час

э- 3% п-0 % с-65 % л-28 % м-4 %

28.07.15 СОЭ- 15 мм/час

23.07.15 Биохимия: СКФ –107 мл./мин., хол –6,9 тригл -3,6 ХСЛПВП -0,91 ХСЛПНП -4,35 Катер 6,6 мочевина –3,7 креатинин – 94 бил общ –2,7 бил пр – 2,4 тим – 0,37АСТ – 0,37 АЛТ – 0,48 ммоль/л;

27.07.15 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 22,9 (0-30) МЕ/мл

### 23.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; бактерии – много.

24.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -68000 эритр – белок – 0,045

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

24.07.15 Суточная глюкозурия – 3,49%; Суточная протеинурия – 3,49

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.07 | 13,8 | 11,7 | 16,7 | 14,9 |
| 25.07 | 14,6 | 11,8 | 9,5 | 11,1 |
| 27.07 | 10,8 | 11,5 | 12,9 | 13,1 |
| 29.07 | 7,7 | 8,9 | 11,7 | 10,4 |
| 31.07 |  |  |  |  |
| 02.08 |  |  |  |  |

28.07.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма II ст. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м, цефалгический с-м.

30.07.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

22.07.15 ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

30.07.15 На Р-гр поясничного отдела позвоночника признаки субхондрального склероза, снижение высоты межпозвоночных дисков, смещение L4 кпереди до 1,0

24.07.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

23.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.07.15Хируг: Контрактура Дипюитрена?

29.07.15РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока слева.

31.07.15 Гинеколог: Пр. здорова.

30.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2 ст с увеличением ёё размеров, без признаков портальной гипертензии; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, микролитов в почках.

28.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V = 6,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, мелкий фиброз с единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: медитан, эналаприл, торсид, диаформин, розувастатин, левофлоксацин, флуконазол, предуктал MR, форксига, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, диалипон, солкосерил, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. 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 Р100Р п/з- ед., п/уж - ед.,

Хумодар Б100Р п/з- ед., п/уж - ед., .

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

форксига 10 мг уром.

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 (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: эналаприл 5 мг 1р\д, предуктал MR 1т 2р/д, небивалол 2,5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Рек хирурга: конс в отделении хирургии кисти 9-й гор. больницы Запорожья.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: мидокалм 1,0 в/м № 5, ревмоксикам 1,5 мл в/м № 5, медитан 300 мг 1т 3р\д 2 нед.
7. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.