#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 662

##### Ф.И.О: Максименко Людмила Григорьевна

Год рождения: 1946

Место жительства: Г-Польский р-н. Гуляйполе, ул. Горького 25

Место работы: пенсионер, инв II гр.

Находился на лечении с 25.05.15 по 10.06.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II-ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Цереброастенический с-м. ИБС, п/инфарктный кардиосклероз (без даты), СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Узловой зоб 0-1. Мелкий узел правой доли. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, снижение веса на 7 кг за пол года.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 18.05.15-25.05.15 – получала стац лечение в Г-Польской ЦРБ по поводу острого панкреатита (выписка прилагается). В анамнезе хронический вирусный гепатит С, состоит на учете в гепатоцентре. В наст. время принимала: Амарил 4 мг, онглиза 5 мг Гликемия –17,2-5,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел. Узловой зоб с 2011 ТТГ – 1,3(0,3-4,0) Мме/л от 01.02.13. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

26.05.15 Общ. ан. крови Нв – 147 г/л эритр – 4,6 лейк –9,2 СОЭ –35 мм/час

э-0 % п- 2% с-65% л28 % м- 5%

26.05.15 Биохимия: СКФ –65мл./мин., олл – 3,2тригл -1,8 ХСЛПВП – 0,73ХСЛПНП – 1,65Катер -3,4 мочевина –5,1 креатинин –113,3 бил общ –13,0 бил пр – 3,2 тим –3,3 АСТ – 0,27АЛТ – 0,94 ммоль/л;

26.05.15 Анализ крови на RW- отр

26.05.15 К – 3,5 ; Nа – 133,4 а – 2,45 ммоль/л

### 26.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,084 ацетон –2++; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

С 27.05.15 ацетон – отр

27.05.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,054

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.05 |  | 6,9 | 4,7 |  |
| 26.05 | 5,4 | 4,5 | 4,5 | 5,3 |
| 27.05 | 7,9 | 7,9 | 7,2 | 4,3 |
| 28.05 | 5,7 | 4,8 | 3,2 | 3,5 |
| 30.05 | 8,4 | 6,3 | 5,2 | 6,6 |
| 04.06 | 9,5 | 9,2 | 6,5 | 8,8 |
| 06.06 | 7,9 | 8,7 | 10,4 | 12,6 |
| 09.06 | 7,8 | 9,8 | 10,0 | 8,0 |

25.05.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Цереброастенический с-м. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

29.05.15Окулист: (осмотр в палате)

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

22.05.15ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец перегородочной области. Гипертрофия левого желудочка.

28.05.15Кардиолог: ИБС, п/инфарктный кардиосклероз (без даты), СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени.

27.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.06.15РВГ: Нарушение кровообращения справа –II слева - I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

26.05.15Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз см. выше.

05.06.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,3 см3; лев. д. V = 5,1см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле у переднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,7 \*0,6 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел правой доли.

Лечение: каптоприл, фенигидин, нолипрел, креон, меверин, амлодипин, Инсуман Базал, ксилат, стеатель, дротаверин, тивортин, тиогамма, витаксон, гептрал, но-шпа, кетанов.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 150/80 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: Инсуман Базал п/з- 20-26ед., п/уж – 14-18ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т утром, амлодипин 10 мг веч, аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
10. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
11. Рек асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: креон 25 тыс 3 р/д во время приема пищи, итомет 500 мг 1т 3р\д, меверин 200 мг 2р\д, диротон 10 мг/сут, индап 2,5 мг утром, амлодипин 5 мг веч, розувастатин 10 мг веч, кардиомагнил 75 мг/сут.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.