#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1531

##### Ф.И.О: Слесь Людмила Дмитриевна

Год рождения: 1976

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Константиновка ул. Одинца 194

Место работы: н/р.

Находился на лечении с 08.12.15 по 18.12.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, впервые выявленный. ВСД по гипертоническому типу, цереброастенический синдром. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Ожирение II ст. (ИМТ 38 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Грыжа пищеводного отдела диафрагмы 1-2 ст. ГЭРБ. Рефлюкс эзофагит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за 2 нед., ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в декабре 2015 г. на фоне подготовки к оперативному лечению по поводу диафрагмальной грыжи. Ацетон мочи 1+, С- пептид – 2,42; инсулин - 6,08 от 04.12.15. На предоперационный период с 07.12.15 получает инсулинотерапию (до этого Диабетон MR 2т/сут - без эффекта (выписной эпикриз их хирургического отделения не предоставлен). Гликемия – 17-26,2 ммоль/л. НвАIс - 11,8% от 04.12.15 . Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл - нерегулярно. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.12.15 Общ. ан. крови Нв –153 г/л эритр – 4,6 лейк – 4,8 СОЭ – 8 мм/час

э- 1 п- 2% с- 61% л- 31% м-5 %

09.12.15 Биохимия: СКФ –103 мл./мин., хол –4,7 тригл – 2,15ХСЛПВП -0,7 ХСЛПНП -3,02Катер -5,7 мочевина – 2,5 креатинин –82,8 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим –1,9 АСТ – 0,48 АЛТ – 1,02 ммоль/л;

11.12.15АСТ –0,48 АЛТ – 0,93 ммоль/л;

### 09.12.15 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

10.12.15 Суточная глюкозурия – 0,85%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.12 |  |  |  | 10,4 | 10,1 |
| 09.12 | 10,1 | 7,8 | 10,6 | 10,6 | 9,2 |
| 11.12 | 9,8 | 7,5 | 7,5 |  |  |
| 15.12 | 9,1 | 12,3 | 10,8 | 12,4 |  |
| 17.12 | 7,1 | 8,0 | 6,2 | 4,7 |  |

08.12.15Невропатолог ЗОКБ : ВСД по гипертоническому типу, цереброастенический с-м.

04.12.15Окулист ЗОКБ: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, вены нормального калибра, сосуды извиты. Макуляная область без особенностей.

08.10.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

07.12.15Конс. закл асс кафедры госпитальной хирургии ЗГМУ хирург к.м.н. Гайдаржи Е.И. Грыжа пищеводного отдела диафрагмы 1-2 ст. ГЭРБ. Рефлюкс эзофагит.

04.12.15Кардиолог ЗОКБ: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени.

04.12. 15ЭХО КС: КДР- 4,07см; КДО- 72,7мл; КСР- 3,03см; КСО- 35,8мл; УО-36,8 мл; МОК- 3,0л/мин.; ФВ-50 %; просвет корня аорты – 2,96см; ПЛП - 3,1см; МЖП – 1,18см; ЗСЛЖ – 0,96см; ППЖ-1,7 см; ПЛЖ- 4,07см; По ЭХО КС: Уплотнение стенок АО, гипертрофия ПЛП, структурные изменения миокарда ЗСЛЖ с умеренной гипокинезией.

03.12.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки ВРВ левой н/к, несостоятельность СПС слева.

02.12.15 КТ ОБП: Заключение: КТ признаки аксиальной грыжи пищевого отверстия диафрагмы ( 1-IIст), изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жирового гепатоза, протрузии межпозвонкового диска на уроне Тh11 -Тh12;

17.12.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,2 см3; лев. д. V =6,3 см3

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

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, атоксил, индапресс, эналаприл.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. на время оперативного лечения и послеоперационного периода пациентке подобрана инсулинотерапия в режиме многократных инъекций, после хирургического лечения показана повторная госпитализация для подбора адекватной сахароснижающей терапии.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-10-12 ед., п/о- 8-10ед., п/уж -6-8 ед., Хумодар Б100Р 22.00 18-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: арифон ретард 2,5 мг утром, тризипин лонг 1000 мг\*1р/сут 3 нед. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Рек. невропатолога: Д набл. Кардиолога и невролога по м/ж., нообут 1т\*3 р/д 1 мес.
9. Рек. хирурга: оперативное лечение в плановом порядке.
10. Конс ангиохирурга по м\ж.

##### Леч. врач Гура Э.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.