#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1228

##### Ф.И.О: Матвиенко Светлана Юрьевна

Год рождения: 1958

Место жительства: г. Энергодар ул. Лесная 15-78

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 09.10.15 по 20.10.15 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. Варикозная болезнь н/к. Хроническая венозная недостаточность.. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая), цереброастенический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние

Жалобы при поступлении на снижение веса на 8 кг за год, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 2013 в связи с трофической язвой голени переведена на инсулинотерапию. Трофическая язва зажила. В наст. время принимает: Генсулин R п/з- 20ед., п/о- 12ед., п/у- 9ед., Генсулин Н 22.00 – 36 ед. Гликемия –8,0-6,0-6,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл, индапрес. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.10.15 Общ. ан. крови Нв – 118 г/л эритр – 3,7 лейк – 6,2 СОЭ –27 мм/час

э-2 % п- 1% с-51 % л- 40 % м-6 %

13.10.15 Общ. ан. крови Нв – 138г/л СОЭ –14 мм/час

16.10.15 Биохимия: СКФ –96 мл./мин., хол – 4,63тригл -1,25 ХСЛПВП – 0,96ХСЛПНП -3,1 Катер – 3,8мочевина –2,5 креатинин –78 тим – 9,8 АСТ – 0,74 АЛТ –0,74 ммоль/л;

19.10.15 бил общ –137 бил пр –3,4 тим – 9,5 АСТ – 0,16 АЛТ –0,19 ммоль/л;

16.10.15 ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/мл

### 13.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

15.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500эритр - 500 белок – отр

16.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 8000эритр - белок – отр

12.10.15 Суточная глюкозурия – 0,53%; Суточная протеинурия – 0,073

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.10 | 9,5 | 11,6 | 5,1 | 6,1 |
| 14.10 | 6,9 | 8,3 | 8,5 | 8,1 |
| 17.10 | 6,2 | 11,1 | 7,2 | 5,3 |

09.10.15, 15.10.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая), цереброастенический с-м.

09.10.15Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,9 ;

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

09.10.5ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

13.10.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

19.10.15 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ II Б ст. ВРВ н/к.

12.10.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к. Хроническая венозная недостаточность.

12.10.15РВГ: Нарушение кровообращения справа – ст, слева –N, тонус сосудов N.

16.10.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре,

13.10.15 Дупл сканирование брахицефальных артерий: На руках

09.10.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2см3; лев. д. V =5,7 см3

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

Лечение: Генсулин R, Генсулин Н, эналаприл, индапрес, амлодипин, тиоктацид, розукард, сермион, канефрон, берлитион, кортексин.

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 Генсулин Н п/з 30-32 ед, п/у 26-28 ед,

Генсулин R п/з-2-4 ед. ( при необходимости)

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: аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
4. Эналаприл 5 мг утром. Амлодипин 5 мг веч., индапрес 2,5 мг утром. Контр. АД.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.