#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 52

##### Ф.И.О: Мищенко Евдокия Дмитриевна

Год рождения: 1953

Место жительства: Михайловский р-н, пгт. Михайловка, ул. Островского 434 а

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.01.15 по 29.01.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Энцефалопатия сочетанного генеза (гипертоническая, диабетическая). Астено-невротический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Хронический пиелонефрит обострение. Варикозная болезнь н/к, субкомпенсация. Хронический эрозивный гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м, в стадии обострение, ассоциированный с H-pylory. Хронический панкреатит, болевая форма с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Мононодозный зоб 1 ст. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен впервые, глюкоза крови амбулаторно 18,8, ацетон мочи 3+++. Гликемия –14,8 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает хипотел 40 лет, утром. Узловой зоб выявлен в 2014 ТТГ – 1,95 (0,3-4,0) Мме/л; Т4Св – 4,1. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора ССТ,

Данные лабораторных исследований.

16.01.15 Общ. ан. крови Нв – 125 г/л эритр –3,9 лейк –4,9 СОЭ – 25 мм/час

э- 0% п- 1% с-69 % л-27 % м-3 %

16.01.15 Биохимия: СКФ – 62 мл/мин хол –6,0 мочевина –6,7 креатинин –124 бил общ –12,8 бил пр –3,5 тим – 2,5 АСТ – 0,7 АЛТ –0,44 ммоль/л;

17.01.15хол – 7,12 триг – 2,4 ХСЛПВЩ – 1,02 ХСЛПНЩ – 5,0 катер 6,0

17.01.15 Амилаза – 63,3 (0-90) Ед/л

16.01.15 Анализ крови на RW- отр

23.01.15ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 56,4 (0-30) МЕ/мл

16.01.15 Гемогл –125 ; гематокр –0,41 ; общ. белок – 70 г/л; К – 4,4 ; Nа –145 ммоль/л

18.01.15 К – 4,0 ммоль/л

16.01.15 Коагулограмма: вр. сверт. –9 мин.; ПТИ – 98,7%; фибр –4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4\*10-4

18.01.15 Проба Реберга: Д- 4,1л, d- 2,84мл/мин., S-2,08 кв.м, креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- 4740 мкмоль/л; КФ-125,8 мл/мин; КР- 97,7 %

### 16.01.15 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –3+++; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

С 18.01.15 ацетон - отр

17.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр -250 белок – отр

20.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6500 эритр -250 белок – отр

26.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

18.01.15 Суточная глюкозурия – 0,83 %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.01.15 Микроальбуминурия –126,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.01 |  | 13,5 | 7,3 | 4,2 | 10,8 |
| 17.01 | 9,0 | 7,9 | 9,7 | 12,6 | 14,3 |
| 18.01 | 7,6 | 7,58 | 7,8 | 9,1 |  |
| 20.01 | 10,6 | 13,0 | 9,3 | 10,8 |  |
| 22.01 | 6,7 | 10,9 | 9,2 | 5,5 |  |
| 24.01 | 7,7 | 7,2 | 6,9 | 10,3 |  |
| 26.01 |  |  |  | 9,5 |  |
| 28.01 | 6,5 |  |  | 7,1 |  |

16.01.15Невропатолог: Энцефалопатия сочетанного (гипертоническая, диабетическая). Астено-невротический с-м.

Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Венный пульс сохранен Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

16.01.15ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия мокарда левого желудочка. Умеренные изменения миокарда ЗСЛЖ.

17.01.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

20.01.15 ФГДЭС: недостаточность кардио. Рефлюкс эзофагит. Эрозивная гастродуоденопатия

22.01.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ВРВ н/к

21.01.15 Гастроэнтеролог: Хронический эрозивный гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м, в стадии обострение, ассоциированный с H-pylory.

22.01.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, хипотел, энтеросгель. Альмагель, ККБ, рантак, тиоктацид, фуросемид, глицисед, глиятон, лира, контривен, офлоксацин, эссенциале, диалион,гепарин,

Состояние больного при выписке: Пациентке назначена инсулинотерапия СД компенсирован. 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: п/з Хумодар Р100Р - 10ед., Хумодар Б100Р 12 ед..

п/уж - Хумодар Р100Р 6 ед. Хумодар Б100Р– 16 ед

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 (розарт 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Хипотел 40 мг/сут . Контр. АД.
5. УЗИ щит. железы. Конс эндокринолога.
6. В течении 1мес. канефрон Н 2т 3р/д,. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
7. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, проксиум 40 мг 2р\сут за 1 час до еды 7 дней вис нол 2т 2р\д за 30 мин до еы 7 дней малок по 1к 3 р/д ч/з 30 мин после еды. пангрол 10 тыс по 1к 2р/сут после еды 14 дней.

##### Леч. врач к.мед.н.Соловьюк А.О.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.