#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 834

##### Ф.И.О: Салманова Наталья Петровна

Год рождения: 1970

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Новобогдановка ул. Кирова 54

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.07.16 по 22.07.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I, тревожно депрессивный с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Варикозная болезнь н/к. ХВН 1. ЖКБ хр. калькулезный холецистит, хр. панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг утром , глюкофаж 1000 2р/д. Гликемия –9,1-19,5 ммоль/л. Боли в н/к в течение 2 лет. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10 мг 1р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.07.16 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр –4,5 лейк – 7,4СОЭ –22 мм/час

э- 2% п- 0% с- 54% л- 38% м- 6%

12.07.16 Биохимия: СКФ –103,3 мл./мин., хол –5,9 тригл – 1,75ХСЛПВП – 1,3ХСЛПНП – 3,8Катер -3,5 мочевина – 3,0 креатинин –86 бил общ –12,5 бил пр –3,1 тим – 1,3 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,67 ммоль/л;

12.07.16 Анализ крови на RW- отр

15.07.16ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –8,5 (0-30) МЕ/мл

15.07.16 К – 4,1 ; Nа –132 Са – 2,3 ммоль/л

12.07.16 Глик гемоглобин – 12,6%

12.07.16 АТТГ < 10,0 (0-100) МЕ\мл

### 12.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 4-5; эпит. перех. - в п/зр

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

14.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

13.07.16 Суточная глюкозурия –1,62 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.07.16 Микроальбуминурия –62,4 мг/сут

22.07.16 кал на я\г - отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.07 |  |  |  | 18,2 |
| 12.07 | 10,8 | 7,0 | 7,6 | 8,2 |
| 14.07 | 10,5 | 11,1 | 6,9 | 10,3 |
| 16.07 | 8,4 | 11,8 | 6,4 | 8,5 |
| 19.07 | 8,0 | 10,1 | 7,5 | 8,6 |
| 21.07 | 8,3 | 8,3 | 5,6 | 5,2 |

11.07.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, тревожно депрессивный с-м.

11.07.16Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7

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

11.07.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.07.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

13.07.16ЭХО КС: КДР- 5,1см; КСР-3,5 см; ФВ-61 %; просвет корня аорты – 4,0см; ПЛП – 4,0 см; МЖП – 1,0 см; ЗСЛЖ –1,0 см; ППЖ- 2,8см; По ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, дилатации ЛП, регургитации 1 ст на МК и ТК, склеротических изменений створок МК, АК.

13.07.16 гастроэнтеролог: ЖКБ хр. калькулезный холецистит, хр. панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

12.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к. ХВН 1.

13.07.16Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.07.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, на фоне которого нельзя исключить наличие мелких конкрементов, фиброзирования поджелудочной железы, мелких конкрементов в левой почке, микролитов в обеих почках, без нарушения урокинетики.

11.07.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,5 см3; лев. д. V 4,7= см3

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

Лечение: Диабетон MR, глюкофаж, амлодипин, престариум, предуктал MR, лозап, эзопрам, каптоприл, галстена, меверин, диалипон, мильгамма, ноотропил,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 120 мг

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: лозап 100 амлодипин 5-10 мг веч. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.1 мес.
7. Рек. невропатолога: эзопрам 10 мг утром до 3 мес. + гидозепам 0,02 на ночь 1 нед.
8. Рек гастроэнтеролога: стол № 5 режим питания галстена 10 кап за 30 мин до еды 1 мес, меверин 1\*2р/д за 20 мин до еды 1 нед. Повторный осмотр после лечения.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.