#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 851

##### Ф.И.О: Кравченко Елена Николаевна

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье пер. Жигулевский 6а,

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 14.07.16 по 29.07.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Гипертоническая болезнь II стадии . Гипертензивное сердце. Митральная регургитация 1 ст СН 0-1. Риск 4 Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Язвенная болезнь а/фаза. Хроническая язва ЛДПК в стадии обострения ассоциированная с H-pylory (впервые выявленная) рубцовая деформация луковицы ДПК.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 15 кг за 8-10 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, никтурия до 2р за ночь., чувство дискомфорта в эпигастрии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Амарил 4 мг утром, + 2 мг веч, сиофор 1000 2р/д, форксига 10 мг утром. Гликемия – 9,8-14,6ммоль/л. НвАIс -14,5 % от 12.11.15. Боли в н/к в течение 6 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл ¼ 2р\д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.07.16 Общ. ан. крови Нв 100– г/л эритр – 3,2 лейк – 6,4 СОЭ – 44 мм/час

э- 0% п- 2% с-64 % л- 29% м- 5%

15.07.16 Биохимия: СКФ – 60,8мл./мин., хол – 5,37тригл -2,23 ХСЛПВП -0,97 ХСЛПНП – 3,38Катер -4,5 мочевина –6,0 креатинин –105,6 бил общ –12,5 бил пр –3,0 тим – 1,4АСТ – 0,15 АЛТ – 0,23ммоль/л;

15.07.16 глик гемоглобин 12,3%

### 1520.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1029 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - едв п/зр

20.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6500 эритр - белок – 0,085

18.07.16 Суточная глюкозурия – 1,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.07.16 Микроальбуминурия –35,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.07 | 13,2 | 12,4 | 10,6 | 14,6 |
| 20.07 | 11,2 | 14,1 | 7,7 | 12,3 |
| 22.07 | 13,6 | 15,0 | 9,9 | 18,5 |
| 25.07 | 13,5 | 16,5 | 12,4 | 16,6 |
| 27.07 | 10,2 | 13,6 | 11,1 | 6,4 |
| 28.07 | 15,7 | 15,9 | 9,7 |  |
| 29.07 | 12,0 | 15,0 |  |  |

15.07.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I (дисметаболическая, гипертоническая). цереброастенический с-м.

15.07.16Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7 ;

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.07.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

18.07.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии . Гипертензивное сердце. Митральная регургитация 1 ст СН 0-1. . Риск 4.

18.07.16ЭХО КС: КДР-5,0 см; КСР- 3,4см; ФВ-60 %; просвет корня аорты2,8 см; ПЛП - 4,5см; МЖП –1,2 см; ЗСЛЖ –1,2 см; ППЖ- 2,8см; По ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ дилатации ЛП, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 1 ст на МК и ТК склеротических изменений створок МК, АК, и стенок аорты.

18.07.16 ФГДЭС: Хроническая язва луковицы ДПК. Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК.

14.07.16 ФГ ОГК№ 97427: без патологии

15.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.07.16Гастроэнтеролог: Язвенная болезнь а/фаза. Хроническая язва ЛДПК в стадии обострения ассоциированная с H-pylory (впервые выявленная) рубцовая деформация луковицы ДПК.

15.07.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V = 4,4см3

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

Лечение: амарил, сиофор, форксига, берлиприл, клатинол, пробиз, даларгин, де-нол, мильгамма, дилипо турбо, актовегин, Тожео.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. пациентке рекомендовано продолжить стац лечения для коррекции инсулинотерапии, однако по семейным обстоятельствам настаивает на выписке. Неустойчивая гликемия обусловлена обострения сопутствующей патологии – язвенной болезни. Пациентка ознакомлена о том что данного инсулина (Тожео) в бюджетной закупке нет, о чем имеется запись в истории болезни.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Тожео п/уж -24-26 ед

диапирид (амарил, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

форксига 10мг утром.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная консультация в КУ «ОКЭД» ЗОС, для решения вопроса о дальнейшей тактики инсулинотерапии.

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: престариум2,5- 5 мг веч., Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес.
6. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
7. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, пробиз 1т 2р\д 14 дней , де-нол или вис-нол 2т 3р\д за 30 мин до еды 1 мес, повторный осмотр после лечения.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

/Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.