#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 443

##### Ф.И.О: Грищенко Людмила Анатольевна

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Энергодар ул. Советская 37-13

Место работы: ДП НАЭК «Энергоатом» Запорожская АЭС, танкувальщик

Находился на лечении с 23.03.17 по 05.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение Ш ст. (ИМТ 50 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки. Гипертензивное сердце.СН1. Риск 4. Хронический пиелонефрит в ст обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диапирид 4 мг, диаформин 1000 2р/д Гликемия –12,2 ммоль/л. НвАIс – 11,2 % от 03.2017. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 17 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10мг 2р/д, корвазан 12,5мг 2р/д, индап утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.03.17 Общ. ан. крови Нв –147 г/л эритр – 4,4 лейк – 7,3 СОЭ – 29 мм/час

э- 1% п- 3% с- 60% л- 34 % м- 2%

28.03.17 СОЭ - 21

24.03.17 Биохимия: СКФ –156 мл./мин., хол –6,1 тригл -3,8 ХСЛПВП – 1,26ХСЛПНП – 3,1Катер -3,8 мочевина –7,4 креатинин –84,7 бил общ –10,7 бил пр –2,4 тим –4,0 АСТ – 0,29 АЛТ – 0,59 ммоль/л;

24.03.17 Анализ крови на RW- отр

31.03.17ТТГ –2,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –7,1 (0-30) МЕ/мл

### 24.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 32-36 в п/зр белок – 0,034 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

28.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -26500 эритр - 750 белок – 0,025

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

27.03.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,024

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.03 | 14,2 | 13,2 | 7,2 | 10,3 |
| 26.03 | 8,7 | 11,0 | 7,3 | 9,0 |
| 28.03 |  | 9,6 |  |  |
| 31.03 2.00-4,9 | 7,1 |  |  |  |
| 01.04 | 5,3 | 7,4 | 6,4 | 5,0 |

23.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение.

30.03.17 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,8-0,9; факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды неравномерного калибра, умеренно сужены, вены полнокровны. С-м Салюс 1. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

23.03.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Ритм синусовый. Гипертрофия левого желудочка.

05.04.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки. Гипертензивное сердце. СН 0 Риск 4.

29.03.17 ЭХО КС: Увеличение полости ЛЖ. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

04.04.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. ВРВ Ш ст. поверхностных вен н/к, тромбофлебит.

29.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии II ст, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, нельзя исключить удвоение синуса левой почки.

27.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,6см3; лев. д. V =6,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: торсид, бисопролол, эналаприл, диалипон, актовегин, кокарнит, диаформин, диапирид, Инсуман Базал, офлоксацин, флуконазол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Больная переведена на комбинированную ССТ.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-28 ед., п/уж -20 ед.

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. Рек. кардиолога: карведилол, 12,5-25 мг, 2р\д, нолипрел форте 1т 1р\д . Контроль АД, ЭКГ.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. Рек ангиохирурга: пентосан 1т 2р\д 3 мес. этсет 1-1р/д длительно ДДТ ПОП №10
6. Офлоксацин 400 мг до 10 дней, флуконазол 50 мг. Повторить ОАК, ОАМ.
7. Б/л серия. АГВ № 235732 с 23.03.17 по 05.04.17. к труду 06.04.17

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В