#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 549

##### Ф.И.О: Харченко Екатерина Гавриловна

Год рождения: 1938

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудное ул. Ленина 49-13

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 12.04.17 по 22.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, , ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5) хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия V ст. Незрелая катаракта ОИ. Возрастная макулодистрофия (сухая форма). Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II ст 3ст. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II , сочетанного генеза, с-м умеренной вестибулопатии. Судорожный паркинсонизм. Ожирение I ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1 ст, правой доли и перешейка.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышку при физ. нагрузке, боли в поясничной области иррадирующее в левое ребро, отечность лица, повышение уровня глюкозы крови в течение последнего полугода.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, амарил). В наст. время принимает: диаглизид МR120 мг утром, глюкофаж XR 1000 2т/веч Гликемия –8-15 ммоль/л. НвАIс – 10,8 % от 03.04.17 Повышение АД в течение 7 лет, гипотензивные регулярно не принимает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.04 | 136 | 4,1 | 7,3 | 49 | 2 | 6 | 70 | 20 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.04 | 62,7 | 4,2 | 2,43 | 0,99 | 2,1 | 3,2 | 3,8 | 71,5 | 11,4 | 2,8 | 2,8 | 0,15 | 0,23 |

18.04.17 Коагулограмма: ПТИ – 89,3 %; фибр – 4,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6

14.04.17 Проба Реберга: креатинин крови-92,4 мкмоль/л; креатинин мочи- 6985 мкмоль/л; КФ-36,6 мл/мин; КР- 98,71 %

### 13.04.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –12-15-18 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. - в п/зр

19.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - белок – отр

14.04.17 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – 1,04

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.04 |  |  |  | 9,8 |
| 13.04 | 7,0 | 7,4 | 9,5 | 7,2 |
| 17.04 | 7,1 | 11,4 | 9,4 | 8,6 |
| 19.04 | 6,0 | 8,6 | 9,5 | 8,2 |

12.04.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II , сочетанного генеза, с-м умеренной вестибулопатии. Судорожный паркинсонизм. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5) хроническое течение

14.04.17 Окулист: В хрусталике негомогенное помутнение. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие., извиты выраженный ангиосклероз по заднему полюсусу перегруппировка пигмента. В макле депигментация, друзы. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Возрастная макулодистрофия (сухая форма), Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

12.04.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

03.04.17 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. САГ Ш ст Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

12.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. .

21.04.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-3ст с увеличением её размеров, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

12.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,1 см3; лев. д. V = 7,2см3

Перешеек –0,9 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,45 см. В пр доле в н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,7 \* 0,56. В перешейке такой же узел 0,67\*0,5 см. регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкие узлы правой доли и перешейка

Лечение: диаглизид, диаформин, диалипон турбо, хипотел, бисопролол, амлодипин, лоспирин,

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

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 утром

диаформин SR (сиофор, глюкофаж) 1000 - 2т. \*вечером

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Хипотел 80 мг 1т утром, бисопролол 5 мг 1т утром, амлодипин 5мг веч. лоспирин 75 веч, Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес. витаксон 1т. \*2р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Конс. гастроэнтеролога в плановом порядке.
7. Рек. окулиста: оперативное лечение в плановом порядке ФЭК + ИОЛ на ОИ.

##### Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В