#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 809

##### Ф.И.О: Сирота Ирина Евгеньевна

Год рождения: 1961

Место жительства: Ореховский р-н,г. Орехов ул. Л. Курсантов 68/48

Место работы: н/р ин II гр (пожизненно)

Находился на лечении с 01.06.17 по 14.06.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Трофическая язва пр. пяточной области 1 ст по Вагнеру в ст регенерации, частичная эпителизация. Диффузный зоб 1, эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисметаболическая энцефалопатия 1 сочетанного генеза, астеноневротический с-м. Хронический пиелонефрит, латентное течение.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, потертость пяточной области пр. стопы, парестезию, снижение чувствительности, головные боли, общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (Диабетон MR, сиофор). В наст. время принимает: Диабетон MR 120 мг, сиофор 1000 2р/д. Гликемия – 16ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналазид 2,5мг, лозап 100 мг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для перевода на инсулин, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 02.06 | 130 | 3,9 | 3,9 | 25 | 1 | 1 | 66 | 29 | 3 |
| 12.06 |  |  |  | 36 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 02.06 | 31,6 | 6,0 | 2,2 | 1,3 | 3,7 | 3,6 | 7,4 | 82 |  |  | 3,1 | 0,14 | 0,12 |
| 07.06 |  |  |  |  |  |  |  |  | 11,9 | 3,8 | 3,42 | 0,24 | 0,10 |

01.06.17 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 64,4 (0-30) МЕ/мл

### 02.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

08.06.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 08.06.17 Микроальбуминурия – 19,2мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.06 | 16,5 | 18,4 | 12,0 | 8,0 |
| 04.06 | 4,4 | 8,2 | 11,0 | 10,0 |
| 07.06 | 7,9 | 11,0 | 10,0 | 9,4 |
| 09.06 | 12,1 | 9,8 | 10,0 | 12,8 |
| 13.06 | 4,9 | 9,2 | 3,7 | 9,8 |

01.06.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение. ДЭП 1 сочетанного генеза, астеноневротический с-м.

01.06.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен.. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда задней стенки.

07.06.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг нолипрел 1т д, предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

07.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.06.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. трофическая язва 1 ст по Вагнеру пр. пяточной области, 1п. пр стопы в ст регенерации.

01.06.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,9 см3; лев. д. V = 6,8см3

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

Лечение: карведилол, Генсулин Н, Генсулин Р , эналаприл, ваксикум, Диабетон MR, метфогамма, тиогамма, амлодипин, бисопролол, клосарт, луцетам,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90 мм рт. ст. трофическая язва рп. Пяточной области , 1п пр. стопы в стадии полной регенерации. Переведена на инсулинотерапию в сочетании с препаратами метформина.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з- 12ед., п/уж 10 ед., Генсулин Н п/з 20 ед п/ у 16 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. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг утром, карведилол 25 мг веч.. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Канефрон 2т 3р\д 1 мес. Контроль ОАК , ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В