#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 630

##### Ф.И.О: Старикова Татьяна Петровна

Год рождения: 1961

Место жительства: Васильевский р–н, г. Днепрорудное ул. Шахтерская 32-4

Место работы: ЧАО «ЗЖРК», ЖЭД, курьер, инв Ш гр

Находился на лечении с 26.04.17 по 08.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, , ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS4) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы, смешанная форма. Трофическая язва Ш п правой стопы 1 ст по Вагнеру в ст ремиссии. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Возрастная макулодистрофия ( сухая форма). миопия слабой степени ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 01.2015 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 26ед., п/у-16 ед. + диаформин 500 мг 2р\д. с 14.04.-24.04.17 стац лечение на дневном стационаре Васильевской ЦРБ, прошла курс сосудистой терапии латреном, солкосерил Гликемия 6 -15ммоль/л. НвАIс 10,1 % от 11.03.17. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает индапрес 2,5, лозап 50 мг веч. В 2003 удаление правой почки по поводу Сг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 27.04 | 141 | 4,2 | 6,5 | 10 | 3 | 1 | 59 | 34 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.04 | 83,2 | 4,5 | 2,06 | 0,82 | 2,7 | 4,5 | 4,4 | 85,8 | 13,2 | 3,3 | 2,7 | 0,14 | 0,67 |

28.04.17ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/мл

### 27.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,024 ацетон –отр; эпит. пл. – много ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

03.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750 эритр - белок – отр

04.05.17 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 04.05.17 Микроальбуминурия –127,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.04 | 7,4 | 12,1 | 10,3 | 7,4 |
| 29.04 | 7,9 | 8,8 | 12,2 | 9,0 |
| 01.05 | 6,9 | 6,6 | 9,3 | 9,3 |

03.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS4) хроническое течение.

28.04.17Окулист: VIS OD= 0,4сф -1,0=1,0 OS=0,6сф – 0,5=1,0 ; Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены ,извиты ,склерозированы, вены полногранные, с-м Салюс 1. В макуле сливные друзы. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Возрастная макулодистрофия ( сухая форма). миопия слабой степени ОИ.

26.04.17 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

28.04.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. С-м диабетической стопы, смешанная форма. Трофическая язва Ш п правой стопы 1 ст по Вагнеру в ст ремиссии

27.04.17 РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока справа.

27.04.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

28.04.17 на р-гр правой стопы в 2х проекциях деструктивных изменений не выявлено.

05.05.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением размеров селезенки, перегиба ж/пузря в области конкрементов в желчном пузыре, опущение и повышенной подвижности левой почки, нельзя исключить удвоение синуса левой почки.

26.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,9см3; лев. д. V =3,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, диаформин, индапрес, тиогамма.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. трофическая язва Ш п. правой стопы сухая с признаками эпителизации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога, нефролога, онколога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 28-30ед.,п/уж -16-18 ед.,

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

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. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Гипотензивная терапия: лозап 50 мг 1р\д , индапрес 2,5 мг утром. контроль АД. Конс. кардиолога по м\ж.
6. Ре хирурга: продолжить обработку трофической язвы в области Шп. правой стопы бетадином. Наблюдение хирурга по м\ж.
7. Конс. нефролога по м\ж
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Б/л серия. АГВ № 23503 с 26.04.17 по 08.05.17. к труду 09.05.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В