#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1502

##### Ф.И.О: Гук Ольга Леонидовна

Год рождения: 1956

Место жительства: Вольнянский р-н с . Павловское ул. Железнодорожная 5

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 30.10.17 по 08.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II. диабетическая нефропатия Ш Ожирение Ш ст. (ИМТ 42кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб II ст. Эутиреоидное состояние Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. ф. кл II Риск 4. Варикозная болезнь н/к, ВРВ поверхностных вен II –Шст голеней с двух сторон. Тромбофлебит поверхностных вен голени. Постинъекционный инфильтрат пр ягодичной области в стадии разрешения.

Жалобы при поступлении на боли в мышках обеих икроножных мышц, онемение пальцев стоп, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диапирид, диаформин). Во время стац лечения в т/о Вольнянской ЦРБ с 06.09.17-22.09.17 назначен Фармасулин НNP, в сочетании с диаформином. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-20 ед., п/у- 20ед. диаформин 1000 2р/д. Гликемия –8,5 ммоль/л. НвАIс - 15,9% от 07.2017. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10мг 2р/д, индапамид 2,5 мг, спиронолактон 25 мг 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 |
| 31.10 | 151 | 4,5 | 7,1 | 31 | 2 | 2 | 44 | 47 | 5 |
| 07.11 |  |  |  | 40 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 31.10 | 84 | 4,64 | 1,89 | 1,80 | 1,97 | 1,6 | 6,0 | 86 | 9,9 | 2,2 | 5,0 | 0,59 | 1,1 |

31.10.17 Глик. гемоглобин -10,1 %

31.10.17 Анализ крови на RW- отр

03.11.17ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 40,9 (0-30) МЕ/мл

31.10.17 К – 4,17 ; Nа –135 Са++ -1,13 С1 -106 ммоль/л

### 31.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

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

01.10.17 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 02.10.17 Микроальбуминурия –44,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.10 | 9,3 | 11,1 | 10,7 | 9,2 |  |
| 03.11 | 7,9 | 8,7 | 5,9 | 7,9 |  |
| 05.11 | 7,3 | 6,0 | 7,2 | 8,3 |  |

06.10.17 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

06.11.17Кардиолог Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек: ЭХОКС п ом/ж,эналаприл 5-10 мг 2р/д. контроль АД.

06.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь н/к, ВРВ поверхностных вен голени II –Шст голени сдух сторон, тромбофлебит поверхностных вен голени. Пост инъекционный инфильтрат пр ягодичной области. Рек наблюдение сосудистого хирурга, веносмил 1т 2р/д 2 мес, затем через день 1 мес, антиварикозный трикотаж, компресс с димиксидом и бетадином ¼ 2р/д.

07.11.17 Хирург: Воспалительный Постинъекционный инфильтрат пр ягодичной области. в стадии разрешения Рек продолжить компресс с димексидом 1/5 3-5 дней

31.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

03.11.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки гепатомегалии, диффузных изменений печени по типу жирового гепатоза, диффузных изменений поджелудочной железы .

27.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =13,4 см3; лев. д. V =10,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,3 с. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, армадин, кокарнит, форксига, эналаприл, индап,

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/уж -26 ед.,

Форксига 10 мг утром

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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром. Контр. АД.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. йодомарин 200 мкг – 6 мес
6. Конс. окулиста, невропатолога по м/ж.
7. Рек хирурга: продолжить компресс с димексидом 1/5 3-5 дней. Контроль ОАК, СОЭ.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В