#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1557

##### Ф.И.О: Мериуца Валентина Семеновна.

Год рождения: 1958

Место жительства: Новониколаевский р-н, с. Барвиновка ул. Центральная 17

Место работы: н/р

Находился на лечении с 07.11.17 по 20.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Трофическая язва н/трети левой голени Ш ст по Вагнеру в ст. очищения, регенерации. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Ф. кл II. Риск 4. МКБ вторично- сморщенная почка .Нефростома справа. Конкремент пр. почки Хр. пиелонефрит в стадии ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5-6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт .ст., головные боли, головокружение, дискомфорт в прекардиальной области, боли в коленных суставах, длительно незаживающая рана левой голени.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: глимакс 4 мг 1р/д, метамин 850 2р/д Гликемия –14-18 ммоль/л. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 г 2р/д, С 09.2017 троф. язва левой голени. В 2009 гистерэктомия с придатками, удаления опухоли правого параметрия с фрагментами мочеточника, уретерокутанеостомия справа. 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 |
| 08.11 | 137 | 4,2 | 7,3 | 23 | 6 | 2 | 54 | 34 | 4 |
| 10/11 | 139 | 4.2 | 5.5 | 13 | 1 | 1 | 60 | 37 | 1 |
| 14.11 | 129 | 3,9 | 5,0 | 45 | 1 | 1 | 70 | 25 | 3 |
| 17.11 | 124 | 3,7 | 5,4 | 45 | 3 | 2 | 62 | 30 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.11 |  | 5,92 | 2,24 | 1,0 | 3,89 | 4,9 | 6,6 | 114,4 | 10,0 | 2,0 | 2,4 | 0,27 | 0,1 |
| 10.11 | 77 |  |  |  |  |  | 7,0 | 81 |  |  |  |  |  |

08.11.17 Амилаза – 20,0

08.11.17 Глик. гемоглобин – 13,5%

07.11.17 Тропонин - отр

15.11.17 Тропонин - отр

08.11.17 К – 5,3 ; Nа – 139,6Са++ - С1 -107 ммоль/л

04.11.17 К – 5,38 Na -136.1

08.11.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 100 %; фибр –3,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6

### 08.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - 1; эпит. перех. - в п/зр

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

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

13.11.17 Суточная глюкозурия – 1,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 16.11.17 Микроальбуминурия – 29,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.11 |  | 11,8 | 12,7 | 12,4 |  |
| 09.11 2.00-12,6 | 9,9 |  | 10,4 | 9,4 |  |
| 11.11 | 7,4 | 12,9 | 10,7 | 10,8 |  |
| 12.11 | 10,0 | 16,1 | 10,9 | 11,5 |  |
| 14.11 | 9,5 | 10,9 | 11,9 | 10,2 |  |
| 16.11 | 8,3 | 15,2 | 6,0 | 7,0 | 10,4 |
| 17.11 2.007,9 | 8,7 | 16,4 | 13,3 | 6,5 |  |
| 18.11 | 6,6 | 8,5 | 10,6 | 9,8 |  |
| 19 |  |  | 7,3 |  |  |

13.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

08.11.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены, вены уплотнены, ед. твердые экссудаты, микроаневризмы Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.11.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение кровообращения передней верхушечной области з. Т отр в V2-4, отр V5-6 на ЭКГ от 10.11.17 данные те же.

17.11.17ЭКГ: ЧСС -52 уд/мин. Вольтаж усилен Ритм синусовый брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Сохраняется отр з Т V2-6 снижение SТ в V5-6 на 2 мм. При сравнении с ЭКГ от 15- 16 11.17 без динамики.

20.11.17ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. При сравнении с предыдущими ЭКГ данные те же

07-08.11.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

09.11.17УРОЛОГ: МКБ вторично сморщенная почка, конкремент пр. почки. Нефростома справа. Хр. пиелонефрит.

10.11.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.11.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

08.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

15.11.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

07.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,1 см3; лев. д. V 6,2= см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Хумодар Б100Р, левофлоксацин, сиднофарм, тридуктан, хипотел, небивалол, келтикан, амлодипин, диаформин, диклофенак, диапирид, перевязки Н2О2 + бетодин Фармасулин НNP, лирика, каптоприл, Фармасулин Н, предуктал MR, сермион, актовегин, цетрин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Трофическая язва левой голени без признаков воспаления в процессе регенерации.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга, кардиолога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 16ед., п/уж -12 ед., Фармасулин Н п/ з 4 ед, п/ 2 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д, хипотел 40 мг1р/д, амлодипин 5-10 мг 1р/д, контроль АД ЭКГ, дообследование ЭХОКС, суточное мониторирование ЭКГ.
8. Рек хирурга: продолжить обработку троф язвы бетадином, повязка с гентаксаном 1р/д до полного заживления.
9. Рек доц.каф. Соловьюк А.О сиднофарм 0,02 1т 2р/д, предуктал MR 1т 2р/д,
10. Рек уролога: канефрон 15 кап 3р/д № 10, палин к 2 3р/д № 7,фурогин 1т 2/д № 5, перед выпиской из стационара конс. уролога ( в настоящее время пациентка отказывается от повторной конс уролога).
11. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
12. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., лирика 75 мг 2р/д
13. Направить на ВКК по м/ж учитывая наличие сахарного диабета и сопутствующую патологию.
14. Контроль ЭКГ в динамике через 1нед. Контроль АД ежедневно. Наблюдение кардиолога по м/ж .Дообследование ЭХО КС по м/жит (в энд .диспансере отказалась).Учитывая изменение на ЭКГ без динамики за период лечения в энд .диспансере (07.11.17 Тропонин – отр,15.11.17 Тропонин – отр )направляется на консультацию в кардиодиспансер.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.