#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1026

##### Ф.И.О: Клименко Лариса Николаевна

Год рождения: 1963

Место жительства: Вольнянский р-н. с Новогупалевка ул. Маяковского 96

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.07.17 по 25.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая плексопатия, глубокий пароксизмальный парез пр. н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хр. пиелонефрит, обострение. Симптоматическая артериальная гипертензия Ш ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35,4кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 06.2017г. Во время стац лечение в Вольнянской ЦРБ (проходила стац лечение с 10.06-24.06.17 с диагнозом ДЭП, смешанного генеза. ГБ II ст, СД, тип 2, впервые выявлений. Артроз правого т/бедренного с-ва. 06.2017 глюкоза крови – 12-17 ммоль/л, ацетон мочи 2+, сначала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-14 ед., п/о-16 ед., п/у-16 ед., 22.00 Фармасулин НNP 16.ед + диаформин 500 мг 2р\д. боли в пр н/к с 04.2017. осмотрена неврологом ЗОКБ предложена госпитализация в неврологическое отд ЗОКБ после компенсации гликемии в условиях ЗОЕД. Повышение АД в течение 6 мес. принимает аторвастатин 10 мг, лоспирин 1т, эналаприл 10 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 |
| 19.07 | 157 | 4,7 | 5,8 | 24 | 2 | 1 | 46 | 50 | 1 |
| 23.07 | 124 | 3,7 | 937 | 10 | 0 | 1 | 44 | 49 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.07 | 120 | 4,19 | 1,58 | 1,11 | 2,35 | 2,8 | 3,0 | 82,5 | 9,0 | 2,0 | 1,6 | 0,33 | 0,48 |

18.07.13 Амилаза – 52,7

18.07.17 Гемогл – 170; гематокр –0,54 ; общ. белок – 69 г/л; К – 3,7 ; Nа –141 ммоль/л

21.07.17гемоглобин151 гематокрит 0,47

24.07.17 К –3,98 ммоль/л

18.07.17 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ – 94 %; фибр –5,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

19.07.17 Проба Реберга: креатинин крови-80,3 мкмоль/л; креатинин мочи- 5610 мкмоль/л; КФ-27,6 мл/мин; КР- 98,4%

### 19.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр – 2000 белок – 0,029

24.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 51000 эритр – 2000 белок – 0,050

20.07.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,038

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.02 |  |  | 10,1 | 5,9 |
| 19.07 | 7,0 | 6,9 | 6,8 | 5,1 |
| 20.07 | 6,8 | 53 | 6,7 | 7,1 |
| 21.07 | 6,6 | 6,3 | 6,2 | 4,8 |
| 22.07 | 6,9 | 5,3 | 6,6 | 7,3 |
| 23.07 | 6,3 | 6,8 | 6,6 | 5,6 |
| 24.07 | 6,1 | 4,6 | 5,9 | 5,3 |

23.06.17Невропатолог ЗОКБ Предв. диагноз: Диабетическая плексопатия, глубокий пароксизмальный парез пр. н/к

18.07.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены, спазмированы, вены полнокровны, неравномерного калибра, с-м Салюс 1. Множественные геморрагии. В макуле рефлекс сглажен. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.07.17ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

120.7.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия Ш ст.

20.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

07.09.16 ФГ ОГК (г. Вольнянск) без патологии.

Лечение: тирозол, валериана, фолиевая кислота, тирозол, абифлокс, эмсеф, диакордин, йогурт, аторис, пирацетам, диаформин, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, линекс, тималин, ксантинол валериана, каптоприл,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. АД 135/85 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з 26 кд, п/у 18 ед .

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Рек кардиолога, дилтиазем ретард 90 1т 3р\д. Контроль АД.
3. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
4. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
5. УЗИ щит. железы по м/ж.
6. Осмотр ангиохирурга по м/ж.
7. Конс. нефролога по м/ж, уросептики. Контр. ан, мочи по Нечипоренко в динамике.
8. По согласованию с за. неврологическим отд. ЗОКБ переводится в н/о ЗОКБ для дальнейшего лечения по поводу диабетической плексопатии.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В