#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1039

##### Ф.И.О: Денисова Татьяна Николаевна

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. Тополина 5

Место работы: КУ «ЗОКБ» ЗОС, медстатистик

Находилась на лечении с 21.07.17 по 28.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия -IV ст. Диабетическая ангиоретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1 ст. ИБС, п/инфарктный (без даты) кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь Ш ст 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, учащенный ночной диурез, похолодание в н/к, тяжесть в пр подреберье, снижение веса на 4 кг за 6 мес, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 240/100 мм рт.ст., периодически головокружение, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г при проф. осмотре, глюкоза крови 8,0 ммоль/л. Комы отрицает. С начала заболевания принимала арфазетин в течение месяца, глюкоза крови нормализовалась, в послед. находилась на диете, глюкозу крови не контролировала. С 20.06.17 -30.0.17 стац лечение в кардиолог. отд ЗОКБ по поводу ГБ, выявлена гипергликемия 12,0 ммоль/л, направлена для подбора ССТ. С 20.06.17 принимает диаглизид 60 мг 2т утром. Гликемия –12,0-17,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. регулярно гипотензивные не принимает. с 20.06.17 принимает эналозид 20/12,5мг 1/2т 2р/д, метопролол 50 ½ 2р/д, амлодипин 10 1/2т 2р\д, кардиомагнил 75 мг веч, лимистин 10 мг 1т веч, лоспирин 1т веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 24.07 | 152 | 4,6 | 6,9 | 31 | 1 | 1 | 70 | 27 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 24.07 | 75 | 3,4 | 1,7 | 0,94 | 1,68 | 2,6 | 5,1 | 76 | 14,2 | 3,6 | 2,0 | 0,17 | 0,12 |

28.07.17 ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл

24.07.17 К – 3,74 ; Nа – 142,8 Са - Са++ -1,14 С1 - 104 ммоль/л

### 25.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,022 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

24.07.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,034

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.07 | 8,1 | 12,7 | 10,7 | 10,0 |  |
| 26.07 | 5,9 | 9,0 | 9,7 | 6,4 |  |

26.07.17Невропатолог: Данных за очаговую неврологическую патологию нет

25.07.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,9 ;

Факосклероз Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды узкие, умеренно извиты с-м Салюс 1- II ст, микроаневризмы. В макуле б/о, ангиосклероз. Д-з: Диабетическая ангиоретинопатия ОИ.

21.07.17 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенки. Гипертрофия левого желудочка.

25.07.17Кардиолог: ИБС, п/инфарктный (без даты) кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь Ш ст 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: бисопролол 5-10 мг утром, физиотенс 0,2 мг, предуктал1т 2р/д, аспирин кардио 100мг 1т 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС ,КАГ по м/ж.

07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

24.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.07.17 УЗИ почек: Эхопризнаки наличия краевой кисты правой почки.

21.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,3 см3; лев. д. V = 7,5см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,38 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диаглизид MR, мефармил, тиоктадар, эналаприл, индопрес, лоспирин, бисопролол, амлодипин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшилась сухость во рту, жажда не беспокоит, АД 140/80 мм рт. ст. пациентке была предложена инсулинотерапия от которой она отказалась.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 120 мг утром

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: лимистин 10 мг веч с контролем липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 1т 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, амлодипин 10 мг ½ т 2р\д, бисопролол 10 мг 1т утром, лоспирин 75 мг 1 т. вечер. Контр. АД. ЧСС. ЭХОКС 1р\год.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Б/л серия. АГВ № 235953 с 21.07.17 по 28.07.17. к труду 29.07.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В