#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 323

##### Ф.И.О: Шевченко Светлана Дмитриевна

Год рождения: 1967

Место жительства: Вольнянский р-н, ул. Радужная 5

Место работы: Люцерновский НВК, медсестра.

Находился на лечении с 02.03.17 по 14.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Деструкция стекловидного тела ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Стеноз ЗББА справа. Выраженный ангиотрофоневроз н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ( ИМТ 35 кг/м2).алим. конст. генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ДЭП 1 , сочетанного генеза, цереброастенический с-м. ДДПП на поясничном уровне, протрузия дисков L2-L3-L4, грыжа L5, болевой с-м. Кальцевидная гранулема.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 30ед., Генсулин R п/з 10 ед. Гликемия –9,2 ммоль/л. НвАIс -8,1 % от 12.2016 . Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает индап, Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.03.17 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр –4,5 лейк –4,8 СОЭ –14 мм/час

э- 3% п- 2% с- 73% л- 21 % м- 1%

13.03.17 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр –4,3 лейк –4,4 СОЭ –17 мм/час

э- 0% п- 4% с-4 % л- 28% м- 4%

03.03.17 Биохимия: СКФ –79,0 мл./мин., хол –3,2 тригл – 1,14ХСЛПВП -1,55 ХСЛПНП -1,13 Катер -1,06 мочевина –4,5 креатинин –97,9 бил общ –12,0 бил пр –3,0 тим –0,63 АСТ – 0,36 АЛТ – 0,62 ммоль/л;

03.03.17 ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 13,6 (0-30) МЕ/мл

### 03.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ед в п/зр

07.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

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

##### 10.03.17 Микроальбуминурия – 96,7мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.03 | 10,5 | 12,4 | 7,3 | 11,3 |
| 09.03 | 7,5 | 7,9 | 9,8 | 6,3 |
| 07.03 | 6,0 | 6,6 | 11,0 | 6,4 |
| 12.03 | 7,4 | 9,0 | 7,5 | 6,1 |

10.03.17 Невропатолог: ДЭП 1 , сочетанного генеза, цереброастенический с-м. ДДПП на поясничном уровне, протрузия дисков L2-L3-L4, грыжа L5, болевой с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение.

03.03.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2аретриисужены, вены уплотнены, сосуды извиты Единичные микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Деструкция стекловидного тела ОИ

02.03.17ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый,. Эл. ось отклонена влево.

06.03.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

03.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

13.03.17 На р-гр левой пяточной области определяется обызвествление подошвенного апоневроза места крепление ахиллового сухожилия , пяточная «шпора»

03.03.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

03.03.17Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

06.03.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ЗББА 24-27%. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Эхопризнаки спастического кровотока п о артериям голеней с двух сторон.

09.03.17УЗИ: Заключение: эхопризнаки увеличения, диффузных изменений паренхимы печени , хр. холецисто-панкреатита, микролитов обеих почках.

13.03.17 Хирург: пяточная шпора левой пяточной кости, плантарный фасциит, обострение, болевой с-м

07.03.17 МРТ: МРТ картина дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника. протрузии дисков L2, L2, L4. Фрагментированная грыжа диска д5с каудальной миграцией. Дегенеративный стеноз позвоночного канала. Спондилоартроз фасеточных суставов 2 ст.

02.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,3 см3; лев. д. V =5,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В левой доли в с/3 узел с кальцинированной стенкой 0,53\*0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Н индапрес, бисопролол, диаформин, бисептол, клосарт, тивомакс, ипигрикс, мидокалм

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, продолжают беспокоить боли в н/к, онемене соли, парестезия. АД 130/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

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

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 (1000) - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек кардиолога виакарам 7/5 1т 1р\д. Контроль АД. ЧСС.
4. Берлитион (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.
5. Рек хирурга: цетрин 1т 1р\д 1 нед, даларен 1т 2р\д 1 нед, омез 20 мг1т 1р\д
6. Б/л серия. АГВ № 235697 с 02.03.17 по 14.03.17. к труду 15.03.17

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В