#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 333

##### Ф.И.О: Макаренко Ольга Терентьевна

Год рождения: 1946

Место жительства: Пологовский р-н, с. Тарасовка ул. Мира 51

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 03.03.17 по 15.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение Ш ст. (ИМТ 45кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз. СН I А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. ДЭП, сочетанного генеза ,с-м умеренной вестибулопатии. Вертеброгенная цефалгия, болевой с-м, Хронический панкреатит в ст. обострения с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический колит в стадии обострения. Незрелая катаракта ОИ. Хр. пиелонефрит. ст. обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, боли в области пр. подреберья

Краткий анамнез: СД выявлен в 1987г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2003 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у- 10ед., Лантус 22.00 – 56 ед. Гликемия –10 ммоль/л. НвАIс – 11,3 % от 07.12.16 Повышение АД в течение 10-15 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50-100мг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД, сопутствующей патологии.

Данные лабораторных исследований.

06.03.17 Общ. ан. крови Нв – 147 г/л эритр –4,4 лейк –5,0 СОЭ –25 мм/час

э- 3% п- 2% с- 57% л- 29 % м- 9%

06.03.17 Биохимия: СКФ –94,3 мл./мин., хол –4,4 тригл – 1,53ХСЛПВП -1,11 ХСЛПНП – 2,6Катер -3,0 мочевина –5,5 креатинин –81,4 бил общ –26, бил пр –6,6 тим –0,54 АСТ – 0,21 АЛТ –0,74 ммоль/л;

06.03.17ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –10,2 (0-30) МЕ/мл

### 07.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 6-7-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много; эпит. перех. -много в п/зр

10.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4500 эритр - белок – отр

15.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 13500 эритр -250 белок – 0,030

09.03.17 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – 0,034

##### 10.03.17 Микроальбуминурия –50,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.03 | 8,2 | 9,8 | 12,0 | 13,2 |
| 08.03 | 7,0 | 12,4 | 14,7 | 10,7 |
| 11.03 | 5,8 | 6,8 | 7,8 | 8,0 |

13.03.17 Невропатолог: ДЭП, сочетанного генеза ,с-м умеренной вестибулопатии. Вертеброгенная цефалгия, болевой с-м Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение.

10.03.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, вены расширены, утолщены, сосуды извиты. В макуле депигментация. Салюс I-II. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

03.03.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Изменений миокарда переднебоковой области. .

07.203.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

09.03.17 ЭХО КС: По ЭХО КС: Гипертрофия Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, дилатации ЛП, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 2 ст на МК и ТК, склерокальциноза МК, АК.

07.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.03.17 Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в ст. обострения с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический колит в стадии обострения.

07.03.17 КТ ОБП: Кт признаки нодулярной гиперплазии обоих надпочечников, аномального отхождения правой ветви печеночной артерии , умеренной гепатомегалии КТ данных за острую хирургическую патологию не получено

03.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,5 см3; лев. д. V =4,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Лантус, лозап, метфогама, пангрол, дефинорм, спазмомен, халоплант, канефрон, диалипон тивортин, кокарнит, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/90 мм рт. ст. больная обследована у смежных специалистов, даны рекомендации по лечению в амб. условиях.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10 ед., п/о-12 ед., п/уж -13 ед., Лантус22.00 56 ед.

Виктоза 6мг утром

Метфогамма (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) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., престариум 5-10 мг веч., трифас 10 мг1р/д Контроль АД, ЭКГ.Конс. врача вертебролога
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, спазмомен 1т 3р/д за 20 мин до еды 1 мес, дефинорм 1т 1р/ 1 мес, панрол 10т 1т 3р\д во время еды 1 мес. хемопалнт 1т 2р/д 2-3 мес, Повторный осмотр гастроэнтеролога после лечения.
6. Рек окулиста: оперативное лечение ФЭК + ИОЛ.
7. Левофлоксацин 500 мг 10 дней затем флуконазол 50 мг 10дней, Контроль ан. мочи при показаниях конс. нефролога.
8. Канефрон 2т 3р/д 2 -3 мес. Повторить ан. мочи по Нечипоренко
9. Рек невропатолога: олфен при болях, мидокалм 150 мг 2р\д 10 дней,

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В