#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 356

##### Ф.И.О: Петренко Любовь Ивановна

Год рождения: 1948

Место жительства: В-Белозерский р-н, с. В-Белозерка ул. Молодежная

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.03.17 по 20.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая макулярный отек, артифакия ОД. начальная катаракта OS. О/угольная 1 а глаукома ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Ожирение I ст. (ИМТ 32,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. ДЭП 1, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Хронический пиелонефрит, латентная форма, обострение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, головные боли, , общую слабость, быструю утомляемость, колющие бои в сердце, периодически пастозность голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП В наст. время принимает: диафомин 500 мг 2р/д, Диабетон MR 60 мг утром. Гликемия –8,0-20,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает кардиомагнил 75. Находилась на лечение в отд. микрохирургии глаза ОКБ, выявлена стойкая гипергликемия. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.03.17 Общ. ан. крови Нв –153 г/л эритр –4,6 лейк –6,0 СОЭ –15 мм/час

э- 3% п- 6% с-72 % л- 17 % м- 2%

10.03.17 Биохимия: СКФ –69,6 мл./мин., хол –6,0 тригл – 4,0ХСЛПВП – 0,8ХСЛПНП – 3,4Катер -6,5 мочевина –4,6 креатинин – 82,5 бил общ – 10,7 бил пр –2,7 тим –1,6 АСТ – 0,20 АЛТ – 0,51 ммоль/л;

10.03.17 К – 5,02 ; Nа –144,6 Са++ -1,23 С1 – 96 ммоль/л

### 10.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

14.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 74000эритр – 250 белок – отр

13.03.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.03 | 6,0 | 11,5 | 5,7 | 11,6 |
| 12.03 |  | 9,6 | 5,6 | 10,0 |
| 14.02 | 5,9 | 5,7 | 7,6 |  |
| 18.02 | 4,6 | 7,5 | 6,5 | 6,8 |

09.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. ДЭП 1, сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

09.03.17Окулист: VIS OD=0,3 OS= 0,2

ОД артифакия. OS – начальные помутнение. Оптические среды прозрачны. Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, вены широкие, полнокровны, извиты, ангиосклероз, Салюс I. (ОД>OS). В макуле ОД выраженный отек, микрогеморрагии. Д-з: , О/угольная 1 а глаукома ОИ Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая макулярный отек, артифакия ОД. начальная катаракта OS.

03.03.17ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда

13.03.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл.СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

10.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст.

13.03.17 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

14.03.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

14.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

09.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,4см3; лев. д. V =4,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаформин, Диабетон MR, кардиомагнил, небилет, предуктал MR, дифталь, люксфен, тафлатон, тауфон, ципрофлоксацин, хемопамид, флуконазол, диалипон турбо, актовегин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. сохраняется низкое зрение

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) 60 мг 2т утром

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., лозхап 50-100 мг. небивалол 2,5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Небилет 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. сдать ТТГ, АТТПО с послед. конс. эндокринолога
8. ципрофлоксацин 400 мг 1т 2р/д 6 дней, флуконазол 50 мг 1р\сут 6 дней. Контроль ан. мочи.
9. Рек. окулиста: дифталь 1к на ночь в ОД, Контроль ВГД OS. решение вопроса об интревитральном введение айлии в ОД

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В