#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 362

##### Ф.И.О: Бащеванжи Галина Александровна

Год рождения: 1963

Место жительства: Приморский р-н, с. Бановка пер. Зеленый, 3

Место работы: состоит на учете в центре занятости.

Находился на лечении с 10.03.17 по 22.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст. Ангиоретинопатия смешанного генеза. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение, неконтролируемое высокими дозами ИКС. ЛН II ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. без систолической дисфункции левого желудочка. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м, тревожное расстройство. ДДПП на поясничном уровне, протрузия Т11-Т12 L4-L5, грыжа L3-L4, L5-S1, мышечно-тонический, умеренно болевой с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/95 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП(глюкофаж ). В наст. время принимает: дуглимакс 2/500мг утром Гликемия 13,4– ммоль/л. НвАIс – 11,4 % от 16.02.17 По поводу бронхиальной астмы принимает вентолин, серетид, цетрин. Впервые госпитализирована в обл. энд. диспансер для перевода на комбинированную ССТ, лечения хр. осложнений СД, сопутствующей патологии.

Данные лабораторных исследований.

13.03.17 Общ. ан. крови Нв – 133 г/л эритр –4,0 лейк –5,5 СОЭ –30 мм/час

э- 0% п- 2% с- 66% л- 30 % м- 1%

13.03.17 Биохимия: СКФ –79,3 мл./мин., хол –5,3 тригл -1,49 ХСЛПВП -1,92 ХСЛПНП -2,7 Катер -1,8 мочевина – 3,1 креатинин –99 бил общ – 10,5 бил пр –2,6 тим –2,2 АСТ – 0,29 АЛТ –0,35 ммоль/л;

17.03.17 ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –9,0 (0-30) МЕ/мл

### 14.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.03 | 10,4 | 6,6 | 7,7 | 12,8 |
| 15.03 | 7,0 | 6,9 | 13,1 | 13,0 |
| 19.03 | 6,4 | 7,5 | 6,0 | 3,4 |
| 21.03 | 5,7 | 10,1 | 8,5 | 5,8 |

10.03.17Невропатолог: ДДПП на поясничном уровне, протрузия Т11-Т12 L4-L5, грыжа L3-д4д5-S1, мышечно-тонический, умеренно болевой с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м, тревожное расстройство.

14.03.17Окулист: факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Салюс I. вены полнокровны Единичные микроаневризмы. Д-з: Ангиоретинопатия смешанного генеза.

10.03.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Признаки гипертрофии правого предсердия.

17.03.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Аллерголог: Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее течение, неконтролируемое высокими дозами МКС ЛН II ст

17.03.17 ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, ПЖ, дилатации, ЛП, ПЖ, дилатации ЛП, ПЖ, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 1 ст на МК, ТК и КЛА, склеротических изменений створок МК, АК.

17.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.03.17РВГ: Нарушение кровообращения справа – II ст, слева 1 ст, тонус сосудов N.

13.03.17Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

16.03.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаков структурных изменений и внутрипросветных образований не выявлено.

10.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,1 см3; лев. д. V = 5,1 см3

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

Лечение: флуокситин, серетид, хемопамид, диаформин, цетрин, Инсуман Стабил, тиоктацид, мускамед, супрастин, реосорбилакт, ксилат.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. назначена комбинированная ССТ

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Стабил п/з- 18ед., п/уж - 12ед

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., арифон ретард 1т 1р\д . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Рек аллерголога: серетид 50/500 2р/д лукаст 10 мг веч, венталин 100 мкг при приступе
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек хирурга: р-гр стоп в плановом порядке.
7. Контроль УЗИ щит. железы 1р/год. Контроль ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В