#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 399

##### Ф.И.О: Остапенко Татьяна Анатольевна

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Запорожье уд. Куйбышева 21

Место работы: инв Ш гр, гр. ООО «АТБ-маркет» Укладчик – упаковщик.

Находился на лечении с 16.03.17 по 29.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение Ш ст. (ИМТ 41 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ДЭП 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Неалкогольная жировая болезнь печение 2 ст. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 185/100 мм рт.ст., головные боли, одышку при ходьбе, отеки голеней и стоп, давящие боли в сердце, боли в левом подреберье.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С 2003 начала заболевания ССП . С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-18 ед., п/у- 8ед., Фармасулин НNP п/з 36 ед. п/у 28 ед. глюкофаж 1000 мг веч. Гликемия –9-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. ТТГ – 0,19 (0,3-4,0) Мме/мл Повышение АД с 2014, принимает лизиноприл, вальсакор, лоспирин. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.03.17 Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр – 4,3 лейк – 6,0 СОЭ –17 мм/час

э-1 % п- 4% с- % л- % м- %

17.03.17 Биохимия: СКФ –110 мл./мин., хол –5,6 тригл -1,14 ХСЛПВП -2,22 ХСЛПНП -2,9 Катер -1,5 мочевина –5,2 креатинин – 88,0 бил общ –13,8 бил пр –3,4 тим – 2,0 АСТ –0,17 АЛТ – 0,36 ммоль/л;

24.03.17 Глик. гемоглобин – 9,4%

### 17.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

20.03.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 20.03.17 Микроальбуминурия – взята

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.03 | 8,6 | 9,1 | 9,5 | 10,4 |
| 20.03 | 7,5 | 11,2 | 6,4 | 8,3 |
| 23.03 | 7,7 | 9,0 | 10,0 | 4,7 |
| 26.03 | 7,2 | 7,8 | 8,8 | 9,4 |

16.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6) хроническое течение. ДЭП 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

27.03.17 Окулист: факосклероз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. На гл. дне сосуды узкие склерозированы, вены полнокровны. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

22.03.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

20.03.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

20.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.03.17 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печение 2 ст. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

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

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

24.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст; застоя в желчном пузыре, функционального раздражения кишечника, мелких конкрементов, микролитов в почках без нарушение урокинетики.

Лечение: глюкофаж, лизиноприл, торсид, каптоприл, L-тироксин, глюкофаж, предуктал MR, лоспирин, торсид, Фармасулин Н, Фармасулин НNP, тиогамма, мильгамма, актовегин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. дозы инсулина и отмены его утром; исчезли отеки н/к, уменьшилась одышка. АД 130/80 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: Фармасулин НNP п/у 20-22 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \* п/у

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: эплетер 25 мг, предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д, трифас 10 мг 1р\д, престариум 10 мг1р\д, Контроль АД, ЭКГ. ЧСС. Дообследование ЭХОКС.
5. Лизиноприл 5 мг утром, хемопамид 1,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. L-тироксин (эутирокс) 100 мкг 1т утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек гастроэнтеролога: гипедиф 2к2р\д после еды 3 мес. урсоност (урсохол) 300 мг 2к на ночь 3 мес, панзинорм 1т 3р\дво врем еды 1 мес, повторный осмотр.
9. Б/л серия. АГВ № 235724 с 16.03.17 по 29.03.17. к труду 30.03.17

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В