#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 218

##### Ф.И.О: Махонько Наталья Анатольевна

Год рождения: 1968

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Терпенье ул, Песчаная 24

Место работы: КУ «Мелитопольская станция» ЕСМП» ЗОС, фельдшер.

Находился на лечении с 13.02.17 по 23.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IVст. Ожирение II ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Хр. пиелонефрит в стадии обострения. Стеатогепатоз. Хронический вирусный гепатит С.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: глимакс 4 мг, диаформин 850 2р/д. Гликемия –12,0-15,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает тенорик 1т утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для назначения инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.02.17.02.17 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр –4,3 лейк – 6,6 СОЭ –8 мм/час

э- 1% п-0 % с- 67% л- 26 % м- 6%

14.02.17 Биохимия: СКФ –139,8 мл./мин., хол –5,8 тригл -2,7 ХСЛПВП -0,86 ХСЛПНП -3,7 Катер -5,7 мочевина –3,4 креатинин – 59,4 бил общ –10,0 бил пр –2,5 тим – 1,6 АСТ – 0,27 АЛТ –0,54 ммоль/л;

13.02.17 Анализ крови на RW- отр

17.02.17ТТГ –1,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 12,0 (0-30) МЕ/мл

### 14.02.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - много в п/зр

16.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -29500 эритр - 500 белок – 0,034

15.02.17 Суточная глюкозурия –1,0 %; Суточная протеинурия – 0,048

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.02 | 9,2 | 14,2 | 6,8 | 6,1 |
| 16.02 | 8,7 | 9,3 | 9,5 | 7,8 |
| 19.02 | 7,2 | 9,5 | 7,8 | 7,2 |
| 21.02 | 7,8 | 6,5 | 9,8 | 10,8 |
| 22.02 |  |  |  | 11,8 |

14.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форм. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м.

14.02.17Окулист: VIS OD= 0,1-0,2сф -0,75 =0,4 OS=0,2сф – 1,0=0,6

Факоскелроз ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3, сосуды узкие, склерозированы, вены полнокровны. Салюс I. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

13.02.17ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

14.02.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

18.02.17ЭХО КС: По ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме, Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в номе. Дополнительная хорда ЛЖ с прикреплением в с/3 МЖП.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.02.14РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

23.02.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров.

13.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,6см3; лев. д. V =5,2 см3

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

Лечение: каптоприл, хемопамид, диаформин, эринорм, предуктал MR, норфлоксацин, вазотал, Хумодар Б100Р, актовегин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90 мм рт. ст. переведена на комбинированную 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: Хумодар Б100Р п/з-20 ед., п/уж -12 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Норфлоксацин 400 мг 1р\д до 10 дней. контроль ан. мочи по Нечипоренко, канефрон 2т 3р/д 1 мес.
4. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., лозап 50-100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
5. витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес. актовегин 200 мг 1т 1р\д.
6. Б/л серия. АГВ № 235648 с 13.02.17 по 23.02.17. к труду 24.02.17

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В