#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 350

##### Ф.И.О: Гогунская Татьяна Степановна

Год рождения: 1970

Место жительства: Приморский р-н, с. Преслав ул. Варбанского 45

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 12.03.18 по 22.03.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 3), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4. ДДПП ПОП, вертеброгенная люмбалгия, стадия нестойкой ремиссии. Астигматизм, амблиопия ОИ. Хр. пиелонефрит в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Ранее принимала ССТ: манинил, глюкофаж. В 2010 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. Фармасулин Н 30/70 2р/д в комбинации с диаформином 850 2р/д . Гликемия –11,8 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает лозап плюс 1 т утром. В анамнезе хр. пиелонефрит, опущение правой почки. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.03 | 146 | 4,7 | 6,9 | 12 | 1 | 0 | 54 | 43 | 2 |
| 19.03 | 150 |  | 4,8 | 8 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.03 | 78 | 4,0 | 1,27 | 1,36 | 2,06 | 1,9 | 7,9 | 91 | 12,4 | 3,0 | 3,8 | 0,25 | 0,43 |

13.03.18 Глик. гемоглобин -10,2 %

13.03.18 Анализ крови на RW- отр

13.03.18 К – 5,1 ; Nа – 137 Са++ - 1,11С1 - 105 ммоль/л

### 13.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

15.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 10000 эритр - белок – отр

19.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4000 эритр - белок – отр

14.03.18 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.03.18 Микроальбуминурия –29,3 мг/сут

##### 20.03.18 Микроальбуминурия –26,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.03 | 9,8 | 10,6 | 7,7 | 5,2 |
| 16.03 | 7,8 | 7,1 | 8,0 | 8,6 |
| 18.03 | 8,4 | 9,1 |  | 5,4 |
| 19.03 |  |  | 8,5 |  |
| 21.03 | 7,2 | 7,1 |  | 4,3 |

15.03.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 3), ДДПП ПОП, вертеброгенная люмбалгия стадия нестойкой ремиссии . Рек: МРТ ПОП в планом порядке.

13.03Окулист: VIS OD= 0,5сф+0,75=0,8-0,8 OS= 0,6н/к

Гл. дно: артерии сужены извиты, вены полнокровны. В макулярной области без особенностей Д-з: Астигматизм, амблиопи ОИ

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

13.03.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4.Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

15.03.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

14.03.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

20.03.18 Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения, артериальная гипертензия. Рек контроль ан мочи, показателей азотемии в динамике. УЗИ МВС. продолжить а/б терапию до 7-10 дней добавить био-гая 1т/сут затем прием канефрон 2т 3р/д 1 мес.

15.03.18РВГ: Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена .

12.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,3 см3; лев. д. V =5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Фармасулин Н 30/70, глюкофаж, тиолипон, армадин, милдрокор, лозап, диаформин, индапрес, ципрофлоксацин, флуконазол,

Состояние больного при выписке: за период стац лечения проводился контроль гликемии, дозы инсулина не изменены. Уровень гликемии соответствует целевым значениям. Уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н 30/70 п/з-34 ед., п/уж -32 ед.,

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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: лозап плюс 1т утром индапрес (индап) 2,5 мг утром,. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Рек нефролога: контроль ан мочи, показателей азотеми ив динамике. УЗИ МВС. продолжить а/б терапию до 7-10 дней добавить био-гая 1т/сут затем прием канефрон 2т 3р/д 1 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.