#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 2

##### Ф.И.О: Яковенко Наталья Федоровна

Год рождения: 1957

Место жительства: Г-Польский р–н, Г-Поле. Ул. Красноармейское, 102

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 02.01.18 по 11.01.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ДЭП II, ВББ сочетанного генеза (дисметаболическая гипертоническая), вестибулопатия, астенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/160 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2017г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП- манинил 1т 2р/д, без эффекта. В 09.2017 добавлен диаформин 850 2р/д, однако гипергликемия сохранялась на уровне 11,6 ммоль/л В наст. время принимает: диабетон 120 мг утром, глюкофаж 1000 веч. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает: бисопролол 5 мг, индапрес 1,5 мг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 03.01 | 148 | 4,79 | 6,1 | 19 | 0 | 2 | 58 | 33 | 7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.01 | 72 | 3,74 | 2,06 | 1,15 | 1,64 | 2,25 | 3,2 | 85 | 11,7 | 2,7 | 5,7 | 0,62 | 0,68 |

03.01.18 Глик. гемоглобин – 8,7%

05.01.18 АТ ТПО – 21,2 (0-30) МЕ/мл

03.01.18 К –3,83 ; Nа –137 Са++ -1,15 С1 -106 ммоль/л

### 03.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 3-4; эпит. перех. - в п/зр

05.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4500 эритр - белок – отр

08.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко ураты на все п/зрения ,подсчет форменных элементов невозможен.

04.01.18 Суточная глюкозурия – 0,31%; Суточная протеинурия – отр

##### 04.01.18 Микроальбуминурия –54,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 03.01 | 8,7 |  | 6,3 | 10,6 |
| 05.01 | 5,8 | 8,1 | 6,5 | 6,2 |
| 07.01 | 6,4 |  | 5,9 | 4,5 |
| 08.01 |  | 7,4 |  |  |
| 10.01 | 7,3 | 8,5 | 5,8 | 6,2 |

08.01.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). ДЭП II, сочетанного генеза цереброастенический с-м. вертеброгенная цервикокраниалгия, хронический болевой с-м. Рек лирика 75 мг 2р/д с возможным увеличением дозы до 150мг, нуклео ЦМФ 1т 2р/д нейротропин 4,0 в/в

14.12.17 Окулист: Д-з: гипертонический ангиосклероз сетчатки. Пресбиопия.

02.01.18ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.12.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек индапен 1,5 мг 1р/д, престариум 5 мг или пренесса 4 мг 2р/д, бисопролол 5 мг 1р/д, этсет 20 мг1р/д веч, лоспирин 75 мг веч,

05.01.18 Хирург: Хр. панкреатит с нарушением экскреторной функции вне обострения. Хр. гастродуоденит вне обострения

04.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

02.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V = 6,7см3

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

Лечение: Диабетон MR, глюкофаж, бисопролол индапен, престариум, этсет, лоспирин, тиолипон, милдрокор ,армадин, тризепин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм 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. Рек. гликемия: натощак< 5,6, после еды < 10 ммоль/л. клин протокол от 12.2012 № 1118
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 120 мг утром

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: индапен 1,5 м утром, престариум 1т 2р/д, бисопролол 5 мг утром лоспирин кардио. Контроль АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. При мед. показаниях (обострение хр. панкреатита, гастродуоденита) конс гастроэнтеролога.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.