#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 909

##### Ф.И.О: Игнатенко Любовь Михайлович

Год рождения: 1960

Место жительства: Г-Польский р-н, с. Воздвиженка, Чапаева 76

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.07.13 по 18.07.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Дисметаболическая энцефалопатия I, с-м вегетативной дисфункции, кардиоваскулярная форма. С-м гепотонический, цефалгический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН0. Хронический гастродуоденит не ассоированый с H-pylory с сохраненной кистознообразующей функции желудочка, фаза обострения. Вторичный панкреатит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 2 кг за 3 мес, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). В наст. время принимает: Манинил 2 мг \*2/д. Гликемия –20,7-9,0 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.07.13Общ. ан. крови Нв –143 г/л эритр –4,5 лейк –5,8 СОЭ –5 мм/час

э-1 % п- % с- 70% л- 19 % м-5 %

09.07.13Биохимия: СКФ –56,0 мл./мин., хол –5,7 тригл -1,2 ХСЛПВП -1,12 ХСЛПНП -4,0 Катер -4,0 мочевина –4,8 креатинин –89 бил общ –11,9 бил пр –2,9 тим – 1,5 АСТ –0,29 АЛТ –0,16 ммоль/л;

### 09.07.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 7-9 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум; эпит. перех. – ед в п/зр

12.07.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

12.07.13Суточная глюкозурия – 2,59%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.07.13Микроальбуминурия – 15,7мг/сут

11.07.13 Кал на я/г – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.07 |  |  |  | 24,4 | 14,1 |
| 09.07 | 14,4 | 15,9 | 15,7 | 6,8 |  |
| 11.07 |  |  | 18,8 | 14,7 |  |
| 12.07 | 9,6 | 9,0 | 8,2 | 3,9 |  |
| 13.07 | 9,3 |  |  |  |  |
| 14.07 | 9,6 | 7,8 | 12,7 | 12,2 |  |
| 15.07 |  | 8,2 | 9,4 | 5,8 |  |
| 16.07 | 6,4 |  |  |  |  |
| 17.07 | 8,1 | 9,4 | 13,3 | 4,2 |  |
| 18.07 |  | 7,8 |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Дисметаболическая энцефалопатия I, с-м вегетативной дисфункции, кардиоваскулярная форма. С-м гепотонический, цефалгический с-м.

Окулист: VIS OD=0,7 OS=0,6 ; ВГД OD= 20 OS=20

Факосклероз ОИ. Гл. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

08.0713ЭКГ: ЧСС – 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хронический гастродуоденит не ассоциированный с H-pylory с сохраненной кистознообразующей функции желудочка, фаза обострения. Вторичный панкреатит.

08.07.13 ФГ: без патологии

11.07.13 Р-графия ЖКТ: Гастроптоз, хронический гастродуоденит. Умеренное увеличение тела поджелудочной железы.

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

Лечение: Инсуман Комб, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, эспа-липон, витаксон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, больная выписывается по настоянию, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 18-20ед., п/у- 10-12ед., Инсуман Рапид п/з 4-6 ед.( при необходимости). Обеспечен инсулином на 3 мес.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При несбильной гликемии повторная госпитализация в эндокриндиспансер.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.,. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: кортексин 10 м/г в/м № 10, тангенал 10-15 к 3р/д до 2 мес.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., дицинон 1т. 3р/д.
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, пантокар 40 мг 2р/д до еды 2 нед, затем 1 т на ночь 1 мес, легалон 1 т (140) 1т 2р/д до еды 1 мес; пангрол 40 тыс \*3рд с едой 5 дней . 20 тыс 2т\*3р/д 5 дней, затем 20 тыс 1 т в обед

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.