#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1525

##### Ф.И.О: Сапьян Нина Ивановна

Год рождения: 1949

Место жительства: Запорожский р-н, с. Лежено, ул. Центральная 20

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 03.12.14 по 12.12.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

Диабетическая энцефалопатия I-II, Дисметаболическая энцефалопатия,

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. СН I ф.кл. II.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние. Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в эпгастрии

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, глюкофаж, Диабетон MR). В 2011 в связи с неэффективностью ТСП переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Инсуан Базал п/з-42 ед., п/у-26 ед., диаформин 500 2р/д.

Гликемия –10-12 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.12.14 Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр – 4,2 лейк –5,0 СОЭ –15 мм/час

э- 1% п- 1% с-76 % л- 19 % м-3%

04.12.14 Биохимия: СКФ –84,2 мл./мин., хол –4,7 тригл -1,39 ХСЛПВП -0,91 ХСЛПНП -3,15 Катер – 4,2мочевина – 5,2 креатинин – 72 бил общ –11,6 бил пр –3,8 тим –1,6 АСТ – 0,38 АЛТ –0,39 ммоль/л;

05.12.14 ТТГ –1,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 114,5 (0-30) МЕ/мл

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

05.12.14 Суточная глюкозурия – 0,65 %; Суточная протеинурия – отр

##### 05.12.14 Микроальбуминурия –37,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.12 | 10,9 | 15,6 | 11,1 | 12,0 |
| 07.12 | 5,2 | 8,5 | 11,5 | 7,7 |
| 10.12 | 5,4 | 7,4 | 6,8 | 7,3 |

10.12.14Невропатолог: ДЭП II преимущественно в ВБС, сочетанного генеза, Вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

03.1.214Окулист: VIS OD= 0,04 OS= 0,3

Помутнения в хрусталиках ОД, Арифакия OS. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОД. Артифакия OS

03.12.14ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

10.12.14Кардиолог: ИБС диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II. САГ 1 ст.

03.12.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.12.14 ФГДЭС: Атрофическая гастродуоденопатия. Рефлюкс эзофагит.

10.12.14Гастроэнтеролог: Хр. холецистит в ст.обострения. Гипомотоая дискинезия желчевыводящих путей. Хрончиеский гепатоз. Хрончиеский гастродуоденит с повышенной секрецией желудка Н-pylory отрицательный.

11.12.14Гинеколог: Пр. здорова (постменпауза)

08.12.14РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

09.12.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени с тенденцией к увеличению рзмеров селезенки, ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника.

03.12.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1см3; лев. д. V = 4,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, в целом однородная.

В пр. доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,89\*0,55 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

диабетон МR, предуктал МR, L-тироксин, L-лизина эсцинат,

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

фитосед 1к 4р/д 1 мес

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
2. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
3. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
4. УЗИ щит. железы 1р. в год.
5. Рек. окулиста: Оперативное лечение ФЭК + ИОЛ
6. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, холоплант 2к 3р\д за 15 мнут до еды 1 мес, эзолонг 40 мг 1т 2р\д за 1 час до еды 2 нед, затем 1т 1р\д – до 2 нед; мааалокс (фосфалюгель) 1п 3р\д через 1-1,5 часа после еды – 2 нед. Повоный осмотр после лечения.
7. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач к.мед.н.Соловьюк А.О.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.