#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 810

##### Ф.И.О: Барткив Ирина Николаевна

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Мелитополь ул. Ленина 220

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 30.06.15 по 10.07.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Васкулярнная терминальная оперативная глаукома, осложненная катаракта ОД. Васкулярная глаукома, незрелая катаракта, пролифератиная диабетическая ретинопатия, макулярный отек OS. Диабетическая дистальная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Цереброастенический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. Ожирение Шст. (ИМТ 46кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Аутоиммунный тиреоидит, , гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор).В 05.2015 - ожег 1п левой стопы, в связи с чем переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-12 ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Фармасулин НNР 22.00 – 22 ед. Гликемия –10,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает кодиратон. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

01.7.15 Общ. ан. крови Нв –126 г/л эритр –4,0 лейк –8,3 СОЭ –12 мм/час

э-3 % п- 0% с- 65% л- 29% м-3 %

01.07.15 Биохимия: СКФ –77,65 мл./мин., хол –6,7 тригл -1,49 ХСЛПВП -1,0 ХСЛПНП – 5,02Катер -5,7 мочевина –5,9 креатинин – 138 бил общ –11,5 бил пр –2,9 тим –1,98 АСТ – 0,34 АЛТ – 0,43 ммоль/л;

03.07.15ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –218,1 (0-30) МЕ/мл

### 01.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –12-16 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - у; эпит. перех. - ед в п/зр

03.06.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -250 белок – отр

03.06.15 Суточная глюкозурия –0,29%; Суточная протеинурия – отр

##### 03.06.15 Микроальбуминурия – 102 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.07 | 10,8 | 10,9 | 6,7 | 8,7 |
| 04.07 | 9,8 | 9,4 | 11,7 | 8,9 |
| 06.07 | 7,4 | 11,1 | 10,5 | 7,5 |
| 08.07 | 3,6 | 6,8 | 4,2 | 8,6 |
| 09.07 | 5,2 |  | 10,2 | 10,5 |
| 10.07 |  |  | 11,7 | 6,7 |
| 12.07 |  |  | 8,0 |  |

30.06.15Невропатолог: Диабетическая дистальная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Цереброастенический с-м.

30.06.15Окулист: VIS OD= 0 ноль OS= 0,08 н/к; Васкулярнная терминальная оперативная глаукома, осложненная катаракта ОД. Васкулярная глаукома, незрелая катаракта, пролифератиная диабетическая ретинопатия, макулярный отек OS.

30.06.15ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

03.07.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии II степени.

02.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.07.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

01.07.15Допплерография: Эхопризнаки неоклюзирующего заболевания артерий н/к по типу диабетического медиакальциноза ( склероз Меккеберга).

06.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в области шейки, конкрементов в желчном пузыре на фоне застоя, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

30.06.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,0 см3; лев. д. V =9,4 см3

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

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, эналаприл, торсид тиоктацид, нейровитан, амлодипин, розукард, сиофор, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая заключение окулиста VIS OD= 0 ноль OS= 0,08 н/к; больной рекомендовано введение инсулина при помощи шприц ручки выдача инсулина по м/ж в пенфильных формах.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР (пенф) п/з 30-32 ед, п/у 24-26 ед.
4. 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 (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 5 мг 2р/д, амлодипин 5 мг в обед. Контр. АД.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейровитан 1т./сут. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. Рек. окулиста: OS корнерегель 4р/д, ФАГ + ОСТ OS для решение вопроса дальнейшего лечения.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.