#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 845

##### Ф.И.О: Ольшевская Юлия Антоновна

Год рождения: 1934

Место жительства: г. Запорожье ул. Ленинградская 11

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.07.15 по 14.07.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Осложненная миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Атеросклероз. Окклюзия ПББА с 2х сторон. ХИНК IV ст. Трофические язвы левой стопы. ИБС, диффузный кардиосклероз с нарушением проводимости по правой н.п. Гисса, желудочковая экстрасистолия. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 30,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 1-3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. Сахароснижающие препараты не принимала. 08.07.51 ацетон мочи – отр. глюк крови – 9,7 ммоль/л . Гликемия –10,0-16,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает вазар 160мг/сут. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.07.15 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр – 5,5 лейк – 4,5 СОЭ – 3,4 мм/час

э- 1% п- 1% с- 64% л- 31% м- 3%

09.07.15 Общ. ан. крови Нв –134 г/л эритр – 4,0 лейк – 4,7 СОЭ – 14 мм/час

э- 0% п- 0% с- 65% л- 30% м- 5%

09.07.15 Биохимия: хол –4,73 мочевина –2,9 креатинин –77 бил общ –21,2 бил пр – 4,5 тим –1,6 АСТ –0,47 АЛТ – 0,27 ммоль/л;

09.07.15 Амилаза 50,0 (0-90)

09.07.15 Гемогл – 134; гематокр –0,42 ; общ. белок –82 г/л; К – 3,8 ; Nа –138 ммоль/л

13.07.15 Гемогл – 126 г/л

09.07.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 5,5 мин.; ПТИ – 111,3 %; фибр – 3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

11.07.15 Проба Реберга: Д-2,8 л, d- 1,94мл/мин., S-1,78 кв.м, креатинин крови-73 мкмоль/л; креатинин мочи-5263 мкмоль/л; КФ- 135,9мл/мин; КР- 98,5%

### 09.07.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –18-24 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

10.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 112500 эритр -1000 белок – 0,024

13.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 12000 эритр -500 белок - отр

11.07.15 Суточная глюкозурия – 0,29%; Суточная протеинурия – 0,134

ТТГ, АТТПО сданы.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.07 |  | 13,3 | 5,0 | 7,1 | 5,5 |
| 10.07 | 6,4 | 6,9 | 6,4 | 6,8 |  |
| 11.07 | 6,7 | 7,9 | 9,2 | 7,7 |  |
| 12.07 | 6,9 | 8,4 | 7,1 | 9,8 |  |
| 13.07 | 8,2 | 6,8 | 7,8 | 8,5 |  |

09.07.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза цереброастенический с-м.

14.06.15 Окулист: ( осмотр с палате)

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, экссудаты. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

09.07.15ЭКГ: ЧСС -75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада переднее ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия обоих желудочка.

09.07.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз с нарушением проводимости по правой н.п. Гисса, желудочковая экстрасистолия. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

06.07.15 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Атеросклероз. Окклюзия ПББА с 2х сторон. ХИНК IV ст. Трофические язвы левой стопы.

09.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,5 см3; лев. д. V =2,2 см3

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

Лечение: Инсуман Базал, аспирин, предуктал MR, нолипрел, луцетам, тиоктацид, актовегин, бетасерк, тивортин, весел-дуэф, позерин, зацеф, левомак, линекс, адаптол, новопасит, роксера, флуконазол, прозерин, тивортин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, в связи с тяжестью заболевания, наличия осложнений сах. диабета, назначена инсулинотерапия. Уменьшились боли в н/к. АД 120/60 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 10-12ед.,

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: нолипрел форте 1т\*утром, аспирин кардио 100 мг утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
4. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Рек. невропатолога: бетасерк 24 мг 2р\д 1 мес,
6. Рек ангиохирурга: ортопедическая обувь, весел дуэ-ф 1к 2р/д 3 мес, флконазол 1т 2р/д 2 нед
7. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
8. Контр ТТГ, АТТПО, явка с результатами к эндокринологу.
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс 1т 1р\д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.