#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1379

##### Ф.И.О: Горохова Тамара Петровна

Год рождения: 1949

Место жительства: Запорожский р-н, с. Кушугум ул. Кирова, 119

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 10.11.15 по 23.11.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цереброастенический симптом. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Начальная катаракта ОИ. Высокая осложненная миопия ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 35,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хроническая инфекция мочевыделительной системы.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 18ед., глюкофаж 850 2р/д. Гликемия –7,0-10,0 ммоль/л. НвАIс - 9,93% от 19.10.15. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 10 лет. ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –19,7 (0-30) МЕ/мл от 2013. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.11.15 Общ. ан. крови Нв –116 г/л эритр – 3,6 лейк – 3,8 СОЭ –35 мм/час

э- 5% п- 0% с- 61% л- 27% м- 7%

11.11.15 Биохимия: СКФ –88,9 мл./мин., хол –5,7 тригл -1,95 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП -3,58 Катер -3,6 мочевина –3,3 креатинин –80,4 бил общ –18,7 бил пр – 4,6 тим – 0,43 АСТ – 0,65 АЛТ –0,38 ммоль/л;

14.11.15 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

16.11.15 Проба Реберга: Д- л, d- мл/мин., S- кв.м, креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 11.11.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1/3 в п/зр белок – 0,019 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -много в п/зр

12.11.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -52000 эритр -1000 белок – 0,039

16.11.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр -500 белок – отр

13.11.15 Суточная глюкозурия – 0,85%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.11 | 9,3 | 11,2 | 7,3 | 10,5 |  |
| 13.11 | 9,3 | 10,5 | 9,5 | 9,1 | 8,2 |
| 14.11 | 9,0 |  |  |  |  |
| 16.11 | 9,6 | 10,0 | 8,5 | 8,5 |  |
| 19.11 | 7,3 | 13,6 | 6,8 | 6,6 |  |
| 20.11 |  | 9,6 | 9,4 |  |  |
| 21.11 | 7,7 | 10,5 | 10,8 | 11,7 |  |

10.11.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

23.11.15 Окулист: VIS OD= 0,09 OS= 0,5 ; ВГД OD=21 OS=20

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: *Единичные микроаневризмы*. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Высокая осложненная миопия ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

10.11.15ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

13.11.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

12.11.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.11.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

11.11.15Допплерография: ЛПИ справа –0,95 , ЛПИ слева – 0,9. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst I ст. с обеих сторон.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, глюкофаж, лизиноприл, бисопролол, магникор, индапрес, розувастатин, ципрофлоксацин, флуконазол, крестор, эспа-липон, нейрорубин, актовегин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии, проведена коррекция инсулинотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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: Инсуман Базал п/з- 24-26ед.,

Инсуман Рапид п\з 10-12 ед.

ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 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, сывороточное железо, ОАК.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Лизиноприл 10 мг \* 2р\день, бисопролол 5 мг утром, индапрес 2,5 мг утром, амлодипин 5 – 10 мг вечером, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Эспа-липон (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.
5. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
6. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.