#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1384

##### Ф.И.О: Сокольвак Татьяна Евгеньевна

Год рождения: 1962

Место жительства: В. Белозерский р-н, с. В. Белозерка ул. Трудовая 67

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.11.15 по 24.11.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ожирение III ст. (ИМТ 43кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Полиартроз. Rо II СФН II. Левосторонний гонартроз 3 ст., болевой с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, выраженные боли в левом коленном суставе, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст. головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-20 ед., п/у- 16ед., Генсулин R п/з – 12 ед, п/у – 10 ед. Гликемия –7,0-13,0 ммоль/л. Со слов, на фоне приема препаратов метформина у больной диарея. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 1т веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.11.15 Общ. ан. крови Нв – 119 г/л эритр –3,6 лейк – 6,1СОЭ –38 мм/час

э- 2% п- 2% с-50 % л- 41% м- 5%

17.11.15 Общ. ан. крови Нв – 126 г/л

12.11.15 Биохимия: СКФ –107 мл./мин., хол –6,0 тригл -3,65ХСЛПВП – 1,20ХСЛПНП -3,14 Катер -4,0 мочевина –3,9 креатинин –81,6 бил общ –9,5 бил пр –2,3 тим – 1,8 АСТ – 0,55 АЛТ –0,33 ммоль/л;

14.11.15ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

13.1.15 С- реактивный белок – 35,1 (0-5,0) мг/л, ревм. фактор – 5,4 ( <14,0) Мед/л, АЦЦП < 0,5 (<5)Ед/мл

### 12.11.15 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - в п/зр

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

16.11.15 Суточная глюкозурия – 0,55%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.11.15 Микроальбуминурия –26,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.11 | 10,0 | 8,7 | 6,6 | 6,7 |
| 14.11 | 9,6 |  | 9,2 | 10,3 |
| 17.11 |  | 17,5 |  |  |
| 18.11 | 9,2 | 10,5 | 11,7 | 9,9 |
| 20.11 | 7,7 | 7,0 | 7,8 | 7,9 |

11.11.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

24.11.15 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,8 ;

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.1.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

13.11.15 На р- гр кистей определяется остеопороз, кистовидная перестройка костной ткани, склероз суставной поверхности межфаланговых суставов.

12.11.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.11.15 Дупл сканироване брахиоцефальных артерий: на руках.

17.11.15 На р- гр левого коленного сустава в 2х проекциях определяется сужение и деформация суставных щелей, субхондральный склероз и разрастание по периметру суставной поверхности характерно для ДОА Ш ст.

18.11.15. МРТ левого коленного сустава: Синовиит. МР – признаки остеоартроза 3 ст., дегенеративного разрыва медиального мениска, остехондомаляции суставных поверхностей медиальных мыщелков и в пателло-феморальном сочленении.

23.11.15 Ортопед-травматолог Твердовский А.О. Левосторонний гонартроз 3 ст., болевой с-м.

Лечение: Генсулин R, Генсулин Н, лозап, индап, сермион, крестор, фестал, диаформин, цераксон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолог по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з- 12-14ед., п/уж -10-12ед.,

Генсулин Н п/з- 20-22ед., п/уж -20-22ед.,

Диаформин 850 мг ½ т \*2р/день

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. Лозап 50 мг утром, индап 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В.
5. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д.
6. Рек. ортопеда-травматолога Твердовского А.О: ограничение физических нагрузок, ЛФК коленных суставов, фиксация эластичным наколенником при физ.нагрузке, диклоберл 3,0 в\м 10р/день 3 дня, затем ревмоксикам 15 мг 1 т 1 р\день 14 дней. Дип-релиф 3 р\день. Лиотон-гель 3-4 р\день, легко втирая в область бедра и голени. Омепразол 1т 2 р\день 15 дней. Мовекс комфорт 1т 2 р/день 1,5 мес. Э\форез с новокаином № 10. У\звук с гидрокортизоновой мазью № 10. Тотальное эндопротезирование левого коленного сустава в плановом порядке.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.