#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1080

##### Ф.И.О: Наливайченко Зинаида Григорьевна

Год рождения: 1947

Место жительства: Васильевский р-н, с. Орлянское ул. 50 л. Советской Власти, 44

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.09.15 по 25.09.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. ТИА (25.08.15) в системе каротит слева, умеренной с-м вестибулопатии. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А ф.кл. II. САГ Ш ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб 1 ст, Эутиреоидное состояние. Мацерация кожи области крестца. Анемия смешанного генеза.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор, манинил). 25.08.15 ТИА, госпитализирована в ОИТ ЦРБ по м\ж, где назначена дробно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-12 ед., п/о-12 ед., п/у- 12ед., 22.00-10ед. Гликемия –19,0-10,7 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.09.15 Общ. ан. крови Нв –101 г/л эритр – 3,0 лейк – 5,6 СОЭ – 4 мм/час

э- 1% п-1 % с-53 % л- 43% м- 2%

17.09.15 Нв - 119 г/л

10.09.15 Биохимия: СКФ –70 мл./мин., хол –5,77 тригл -1,10 ХСЛПВП -1,16 ХСЛПНП – 4,1Катер -4,0 мочевина –6,1 креатинин –88 бил общ –19,3 бил пр –3,4 тим – 2,9 АСТ – 0,16 АЛТ –0,33 ммоль/л;

15.09.15 С- реактивный белок - отр

17.09.15 Железо - 9,0 мкмоль/л (10,7-32,2)

18.09.15ТТГ – 2,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 51,8 (0-30) МЕ/мл

### 10.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – на 1/3 в п/зр белок – 0,3 ацетон –отр;

14.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5000 эритр - 1500 белок – 0,427

15.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – 0,253

11.09.15 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – 0,542

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.09 |  |  | 14,3 | 16,1 | 16,8 |
| 10.09 | 6,1 | 14,0 | 10,8 | 10,3 |  |
| 13.09 | 5,0 | 7,2 | 4,3 | 5,2 |  |
| 15.09 | 3,9 | 8,3 | 12,5 | 7,3 |  |
| 16.09 |  | 7,7 | 12,2 |  |  |
| 18.09 |  | 10,2 | 5,7 | 10,8 |  |
| 19.09 | 8,6 |  |  |  |  |
| 21.09 |  | 17,5 |  | 12,9 |  |
| 22.09 | 11,0 | 12,2 | 3,6 | 11,8 |  |
| 24.09 |  | 9,4 | 8,9 | 10,7 |  |
| 25.09 | 6,1 |  |  |  |  |

09.09.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. ТИА (25.08.15) в системе каротит слева, умеренной с-м вестибулопатии.

16.09.15Окулист: (осмотр в палате) VIS OD=0,03 н/к OS= 0,1 н/к ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Ангиосклероз. Салюс I-II. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

09.09.15ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево.

10.08.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз? СН II А ф.кл. II. САГ II ст.?

11.09.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.09.15РВГ: Нарушение кровообращения справа –II слева II – Ш ст, тонус сосудов повышен.

11.09.15 Хирург: Мацерация кожи области крестца.

16.09.15Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. ТИА (25.08.15) в системе каротит слева, умеренной с-м вестибулопатии. Мацерация кожи пр. ягодичной области. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А ф.кл. II. САГ Ш ст.

23.09.15 Гематолог: Анемия смешанного генеза.

16.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,0 см3; лев. д. V = 5,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: фенигидин, амлодипин, бисопролол, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, трифас, индап, лоспирин, глицисед, эналаприл, церебролизин, солкосерил,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. С больной проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии, регулярного контроля гликемии. АД 130/80мм рт. ст. Учитывая патологию органов зрения, больной рекомендовано введение инсулина при помощи шприц ручки, выдана «Дарпен» 1 шт.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р (пенф)п/з- 24-26д., п/у 8-10 ед.

Меформил (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*веч

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. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., трифас 10 мг 1р/д. АТФ лонг 1т 3р\д Контроль АД, ЭКГ.
4. Эналаприл 10 мг 2р/д, бисопролол 5 мг в обед, амлодипин 5 мг в обед, индап 2,5 мг утром. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
6. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ,
7. Рек гематолога: тардиферон 1т 1р\д 1 мес, селен 50 мкг 1т/сут 40 дней, поливитамины 1р\д 1 мес, контроль ОАК 1р\д по м/ж. «Д» наблюдение по м\ж

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.