#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1110

##### Ф.И.О: Котий Таисия Эдуардовна

Год рождения: 1940

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Благовещенка, ул. Пушкина,32

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 15.09.15 по 25.09.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Инфекция мочевыводящих путей единственной левой почки. ИБС, диффузный кардиосклероз СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб 0-1. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 39,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, периодические гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). В связи со стойкой декомпенсацией с 2000 комбинированная ССТ. С 2003 -2х кратное введение инсулина. С 2008 переведена на Новомикс. В наст. время принимает: Новомикс п/з- 48ед., п/у- 28ед. Гликемия –4,0-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает индапрес 1т утром, корвазан 25 мг, лозап 50 мг. АИТ, мелкий узел левой доли с 2006. АТ ТПО –379 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.09.15 Общ. ан. крови Нв –128 г/л эритр – 4,0 лейк –6,9 СОЭ –28 мм/час

э- 2% п- 0% с- 70% л- 23 % м-5 %

16.09.15 Биохимия: СКФ –71,1 мл./мин., хол –7,3 тригл -1,73 ХСЛПВП -0,9 ХСЛПНП – 5,62Катер -7,1 мочевина – 5,6 креатинин –96 бил общ – 10,8 бил пр –2,9 тим – 2,7 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,62 ммоль/л;

18.09.15 ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

18.09.15; К –4,5 ; Nа –144 Са – 2,23 ммоль/л

### 16.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

21.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750000эритр -150 белок – 0,026

17.09.15 Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.09.15 Микроальбуминурия – 164,4мг/сут

18.09.15 бак посев мочи Corynebacterium sp. 5\*103 КОЕ /см3

24.09.15 бак посев мочи сдан повторно

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.09 | 9,6 | 5,2 | 8,2 | 7,5 | 7,4 |
| 21.09 | 6,4 | 6,1 | 9,8 | 6,4 |  |

16.09.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м.

16.09.15Окулист: VIS OD=0,7 OS= 0,6 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.09.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия ЛЖ. Единичная суправентрикулярная экстрасистола. Диффузные изменения миокарда.

15.09.15 ФГ ОГК№ 89730: справа массивные парокостальные наслоения, в в/доле фиброз. Корни фиброзно изменены, сердце без особенностей.

17.09.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

16.09.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.09.15Нефролог: Инфекция мочевыводящих путей единственной левой почки.

17.09.15РВГ: Нарушение кровообращения спав –III слева – II ст, тонус сосудов N.

25.09.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст с увеличением размеров печени, желчный пузырь удален. Правая почка удалена, физиологическая гипертрофия, опущение и повышенная подвижность левой почки.

15.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,3 см3; лев. д. V =4,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз .В левой доле узел с кальцинированной стенкой 0,83\*0,67 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новомикс, меформил, индапрес, корвазан, лозап, ципринол, фуцис, актовегин, тивортин, нейрорубин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-150/80 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: Новомикс п/з- 48-50ед., п/уж – 26-28ед.,

ССТ: меформил (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: карведилол 6,25мг утр. нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аспирин крадио 100 г 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Индапрес 2,5 мг утром, корвазан 25 мг утром, лозап 50-100 мг веч. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: ницериум 30 мг утром 1 мес
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
9. Рек. нефролога: ципринол 500 мг 2р\д 7 дней, фуцис 50 мг 7 дней контроль ан. мочи п Нечипоренко, бак посев мочи ч/з 2 нед после окончания антибактериальной терапии.
10. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ. оптикс форте 1т 1р\д
11. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.