#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1091

##### Ф.И.О: Фесенко Людмила Ивановна

Год рождения: 1943

Место жительства: Запорожский р-н, п.г.т. Кушугум, ул. Крупской 117

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.09.15 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. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. атеросклероз коронарных артерий (КАГ 2012) СН 1. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая). Последствия перенесенного ТИА в ВББ, вестибуло-атактический с-м, цефалгический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 34,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, шаткость при ходьбе, головокружения.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 1998 в связи с отсутствием компенсации переведена на инсулинотерапию: Монотард, Протафан НМ. С 2002 Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р. С 2004 Актрапид НМ, Протафан НМ в связи с отсутствием компенсации на других видах инсулина. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-32 ед., п/о- 30ед., п/у-16 ед., Протафан НМ 22.00 – 34 ед. Гликемия –8,5-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г.. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг утром, бисопролол 10 мг утром. В 2014 перенесла ТИА. АИТ с 2013 ТТГ – 3,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 1204 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.09.15 Общ. ан. крови Нв –116 г/л эритр – 3,6 лейк – 5,9 СОЭ –30 мм/час

э- 3% п- 2% с- 57% л- 27 % м- 11%

24.09.15 Общ. ан. крови Нв –116 г/л эритр – 3,5 лейк – 6,1 СОЭ –35 мм/час

э- 1% п- 4% с- 56% л-28 % м- 11%

15.09.15 Биохимия: СКФ –69,6 мл./мин., хол –5,9 тригл – 1,86ХСЛПВП -0,93 ХСЛПНП – 4,1Катер -5,3 мочевина – 6,9креатинин –91 бил общ – 10,2 бил пр – 2,5 тим – 0,9АСТ – 0,38 АЛТ – 0,22 ммоль/л;

15.09.15 Анализ крови на RW- отр

18.09.15ТТГ – 6,2 (0,3-4,0) Мме/мл

18.09.15 К – 4,1 ; Nа – 143 Са – 2,15 ммоль/л

### 15.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

18.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

16.09.15 Суточная глюкозурия – 0,20%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.09.15 Микроальбуминурия – 149,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.09 | 7,6 | 8,2 | 6,2 | 8,1 | 5,3 |
| 19.09 | 10,7 | 13,2 | 7,3 | 9,9 |  |
| 22.09 | 8,3 | 7,7 | 4,9 | 6,0 | 5,2 |
| 24.09 | 10,5 | 8,4 | 4,7 | 10,3 | 7,2 |

14.09.14Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая). Последствия перенесенного ТИА в ВББ, вестибуло-атактический с-м, цефалгический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

14.09.15Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,4 ;

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

14.09.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Блокада передней ветви ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

16.09.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.09.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

17.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,2 см3; лев. д. V = 4,6 см3

Перешеек –0,38см.

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, глюкофаж, меформил, эналаприл, бисопролол, амлодипин, индапамид, магникор, вестинорм, индапрес, диалипон турбо, L-лизин эсцинат, витаксон, пирацетам.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, при снижении дозы инсулина в последнем профиле отмечена гипергликемия в утренние часы, в связи с чем доза Протафан НМ оставлена прежняя, уменьшились боли в н/к, шаткость, головокружение. АД 120/80-150/80 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: Актрапид НМ п/з-26-28 ед., п/о- 22-24ед., п/уж 12-14 ед., Протафан НМ 22.00 32-34 ед.

меформил (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 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. Эналаприл 20 мг 2р/д, бисопролол 10мг утром, амлодипин 10 мг в обед, индапамид 1т утром, магникор 75 мг веч. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: вестинорм 24 мг 2т 3р\д длительно
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.