#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 405

##### Ф.И.О: Чёрная Раиса Григорьевна

Год рождения: 1943

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чумаченко дом 34, кв. 3

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 20.03.15 по 02.04.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней степени тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. ИБС, диффузный кардиосклероз, Аортальный стеноз СН I, ФК II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Риск 4. Гипертензивное сердце. Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушением внешне- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гастродуоденит вне обострения. Атрофический кольпит. Бронхиальная астма интермиттирующее течение, вне обострения

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, судороги, тремор рук увеличение веса на 2 кг за год (ранее была прогрессирующая потеря в весе), повышение АД до 140/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: Болеет с 2006 года, заболевание выявлено при медосмотре. Комы отрицает. Течение заболевания лабильное, частые гипогликемические состояния при сохраняющемся режиме питания и дозах инсулина. В начале принимала таблетированные сахаропонижающие препараты диапирид, диаформин, амарил, глюкофаж. С 2011 на инсулинотерапии. Получает: утром Протафан НМ 38 ед.п/з, 6 ед. п/у. На протяжении года гликемия 4-15 м/л. Предыдущее стационарное лечене в 2013 году, по поводу декомпенсации СД. В анамнезе гипотиреоз (АТ-ТПО 30.12.11 – 66,6 (менее 30), бронх астма, лечения не принимает, гипертоническая болезнь, принимает витаприл, аген, микроальбуминурия с 20.12.2013г. – 91,7мг/сут.

Данные лабораторных исследований.

23. 03.15 Общ. ан. крови Нв - 141 г/л эритр – 4,2 лейк – 4,6 СОЭ – 15 мм/час

э- 7% п- 1% с- 57% л- 23% м- 12%

23.03.15 Биохимия: СКФ – 59 мл./мин., хол – 5,02, тригл – 0,90, ХСЛПВП - 1,44, ХСЛПНП – 3,17 Катер – 2,5 мочевина – 4,2 креатинин – 86, бил общ – 11,7 бил пр – 2,7 тим – 6,2 АСТ – 0,36 АЛТ – 0,35 ммоль/л;

23.03.15. ТТГ – 3,4 (0,3-4,0)

### 24.03.15 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – ед. в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. 0-1 в п/з ; эпит. перех. - в п/зр

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.03.15 | 12,9 | 16,1 | 8,6 | 4,1 |  |
| 26.03.15 | 9,2 | 11,2 | 18,3 | 16,4 |  |
| 28.03.15 | 6,6 | 9,1 | 13,8 | 16,2 |  |
| 30.03.15 | 5,8 | 8,2 | 2,7 | 7,0 |  |
| 31.03.15 |  |  | 5,3 |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II. Сочетанного генеза. Вестибулярно-атаксический синдром, умеренной степени. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,6 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I- Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

ЭКГ: ЧСС – 57 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый,брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, Аортальный стеноз СН I, ФК II

Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Риск 4. Гипертензивное сердце.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хр. панкреатит в стадии обострения, с нарушением внешней и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гастродуоденит вне обострения.

Гинеколог: атрофический кольпит.

РВГ: Нарушено кровообращение справа Iст., слева –I. Тонус сосудов повышен.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,9 см3; лев. д. V = 3,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом.

Регионарные л/узлы не визуализируются.

Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эутирокс, витаприл, аген, вестибо, Протафан НМ, Актрапид НМ, актовегин, нейробион, ноотропил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 135/80 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: п/з- Актрапид НМ 6ед., Протафан НМ 36 ед, п/уж – Актрапид НМ НМ 4 ед.
4. Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розарт 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.

Витапрл 10 мг в сут, аген 10 мг в сут, контроль АД.

1. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейробион 1т./2 р в сут..
2. Рек. невропатолога: вестибо 16 мг 1т 3р\д до 3 мес,
3. УЗИ щит. железы 1р. в год., ТТГ 1 раз в 6 мес.
4. L-тироксин 75 мкг в сут.

##### Леч. врач к.мед.н.Соловьюк А.О.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.