#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1177

##### Ф.И.О: Чорба Ольга Михайловна

Год рождения: 1951

Место жительства: Приазовский р-н, с. Нововасильевка ул. Кооперативная, 51

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 29.09.15 по 15.10.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Артифакия ОД. Начальная катаракта OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза С-м вестибулопатии. Цереброастенический с-м. Ожирение II ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 2002 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 22ед., п/у- 20ед., Гликемия –12,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл. Ухудшение зрения с 2012. Гемофтальм ОИ, лазерокоагуляция ОИ в 2013. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.09.15 Общ. ан. крови Нв –116 г/л эритр –3,5 лейк – 8,3 СОЭ –27 мм/час

э- 3% п-3 % с-77 % л- 14% м-3 %

30.09.15 Биохимия: СКФ –78,93 мл./мин., олл –6,43 тригл -2,26 ХСЛПВП -1,41 ХСЛПНП -4,0 Катер -3,6 мочевина –4,4 креатинин –80,4 бил общ –11,2 бил пр – 2,8 тим –6,6 АСТ –0,27 АЛТ – 0,37 ммоль/л;

06.10.15 НвsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

02.10.15ТТГ –0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

02.10.15 К – 4,0 ; Nа –134,8 ммоль/л

### 30.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 16-18 в п/зр белок – 0,151 ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. – ед в п/зр

07.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -8000 эритр -250 белок – 0,061

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

01.10.15 Суточная глюкозурия – 1,5 %; Суточная протеинурия – 1,5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.09 | 9,4 | 12,3 | 11,5 | 12,8 |
| 02.10 | 13,9 | 12,5 | 9,6 | 11,4 |
| 05.10 | 15,0 | 13,3 | 14,7 | 15,6 |
| 08.10 | 14,9 | 11,3 | 9,9 | 8,4 |
| 09.10 | 5,6 |  |  |  |
| 10.10 | 13,6 | 16,2 | 11,7 | 9,3 |
| 12.10 | 9,3 | 11,4 | 7,3 | 7,1 |
| 14.10 2.00-6,8 | 8,3 | 10,1 |  |  |

29.09.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза С-м вестибулопатии. Цереброастенический с-м.

01.10.15Окулист: VIS OD= 0,05-3,0 =0,2 OS= 0,1

Артифакия ОИ. Помутнение в хрусталиках OS. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, экссудативные очаги, множественные лазеркоагулянты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Д-з: Артифакия ОД. Начальная катаракта ОS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

30.09.15ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

06.10.15Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

02.10.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.10.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров, без признаков портальной гипертензии, по типу жировой дистрофии 2 ст.; перегиба ж/пузыря и в области шейки, конкрементов в желчном пузыре на фоне застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

Лечение: амлодипин, бисопролол цифран, флуконазол, мефармил, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, лизиноприл, индапрес, бисопролол, этсет, канефрон, тиоктацид, луцетам.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, с больной проведена беседа о соблюдении режима диетоетрапии, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая заключение окулиста больному рекомендовано вводить инсулин при помощи шприц ручки.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р (пенф) п/з-16-17 ед., п/о- 12-13ед., п/уж -6-7 ед., Хумодар Б100Р(пенф) 22.00 32-33 ед.

Мефармил (диаформин, сиофор, глюкофаж) 850 – ½ т. \*2р/сут. выдано на 2 мес.

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: лизинопрл 10 мг 1р утром, индапрес 2,5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ.
4. Амлодипин 5 мг в обед, бисопролол 5 мг утром. Контр. АД.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. Рек. невропатолога: вестинорм 24 мг 1т 2р\д до 2 мес,
7. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.