#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1241

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

Год рождения: 1941

Место жительства: Розовский р-н, с. Азов ул. Парковая, 8

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.10.15 по 22.10.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая), сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника, хроническое рецидивирующее течение, стадия нестойкой ремиссии. Остеоартроз с поражением тазобедренного сустава Ro II. НФС 1, Остеопороз (Т – 3,1). Гипертоническая болезни II ст, 3 степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год ( после назначения инсулинотерапии), ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/110 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. С начала заболевания ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 28ед., Генсулин Р п/з– 6ед. Гликемия –3,9-9,0-7,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 10 лет. ТТГ – 1,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –36,7 (0-30) МЕ/мл от 2014. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.10.15 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,4 лейк –5,3 СОЭ –30 мм/час

э- 0% п- 1% с- 70% л-20 % м- 4%

13.10.15 Биохимия: СКФ –50,2 мл./мин., хол –5,8 тригл -1,54 ХСЛПВП -1,67 ХСЛПНП -1,67 Катер -2,5 мочевина – 4,8 креатинин –91,2 бил общ –12,2 бил пр –12,2 тим –3,0 АСТ – 0,58 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

13.10.15 Анализ крови на RW- отр

16.10.15ТТГ – 2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

13.10.15 С- реактивный белок 1(+)

### 20.10.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

15.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - 250 белок – отр

20.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - 250 белок – 0,042

15.10.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 16.10.15 Микроальбуминурия – 94,2мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.10 | 6,4 | 8,9 | 6,3 | 11,0 |
| 17.10 | 5,8 | 6,2 | 4,3 | 5,9 |
| 20.10 |  | 5,7 | 6,3 |  |
| 22.10 |  | 6,7 |  |  |

13.10.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II (дисметаболическая, гипертоническая), сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника, хроническое рецидивирующее течение, стадия нестойкой ремиссии.

16.10.15Окулист: (осмотр в палате). VIS OD= 0,1+1,5 =0,3 OS= 0,1+1,5 =0,2 Помутнение в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс 1-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Единичные микроаневризмы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.10.15 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

19.10.15 Ревматолог: Остеоартроз с поражением ГБС Ro II. НФ 1, Остеопороз (Т – 3,1).

12.10.15 ФГ ОГК 90372 без патологии.

15.10.15 На р- гр левого т/бедренного с-ва выраженного субхондрального склероза по ходу крыши вертела, характерно для начального ДОА.

20.10.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.10.15РВГ: Нарушение кровообращения справа – IIст, слева – 1 ст., тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

21.10.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, нельзя исключить наличие микролитов в почках..

12.10.15 УЗИ щит. железы: Пр д. V =3,9 см3; лев. д. V =3,7 см3

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

Лечение: эналаприл, индапрес, амлодипин, кардиомагнил, торсид, небивал, рамиприл, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н, тиогамма, витаксон, актовегин, луцетам

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130\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: Генсулин R п/з 4-6 ед (при необходимости)

Генсулин Н п/з 22-24 ед

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. Рамиприл 10мг 1-2 т утром, индапрес 2,5 мг утром, небивал 2,5 утром, амлодипин 10 мг 1т в обед, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес.
6. Рек ревматолога: осталон 1т 1р мес + препараты кальция 1т/сут 1 год, пиаскледин 300 мг\сут 3 мес, найзелат 600 мг сут натощак.
7. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д конс. лазерного хирурга.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.