#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 103

##### Ф.И.О: Звинковская Лидия Шмульевна

Год рождения: 1953

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи, ул. Осипенко 76а

Место работы: пенсионер, инв II.

Находился на лечении с 26.01.15 по 05.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ИБС, стенокардия напряжения II.ф.кл диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Левостороння пирамидная недостаточность. Ожирение I ст. (ИМТ 33,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 240/120 мм рт.ст., головные боли, боли в поясничной области, пекущие боли в стопах, чувство дискомфорта в правом подреберье, учащенное сердцебиение, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2005 инсулинотерапия. Ранее принимала Хумодар Б100Р, с 2008 – Лантус. В наст. время принимает: Лантус 7.30 – 80 ед, метамин 1-2 р/д. Гликемия –8,6-11,9 ммоль/л. НвАIс -6,7 % от 29.04.14. Последнее стац. лечение в 02.2014г. Боли в н/к в течение 12 лет. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10 мг веч, аген 5 мг вег. В 2014 выявлен субклинический гипотиреоз, в течении 3 мес принимала эутирокс 25 мкг утром натощак. В настоящее время заместительную терапию не принимает. АТТПО – 6,8 от 01.2012. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.01.15 Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр – 4,7 лейк – 7,8 СОЭ – 4 мм/час

э- 4% п- 1% с- 52% л- 36 % м-7 %

27.01.15 Биохимия: СКФ – 81мл./мин., хол –7,5 тригл – 1,61ХСЛПВП -1,59 ХСЛПНП -5,2 Катер -3,7 мочевина –9,3 креатинин – 90 бил общ 9,8 бил пр –1,6 тим –2,2 АСТ –0,48 АЛТ – 1,0 ммоль/л;

30.01.15 Бил общ 10,0 бил пр – 3,0 тим – 1,5 АСТ – 0,22 АЛТ 0,70.

### 27.01.15 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 10-12 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ум в п/зр

02.02.15 глик гемоглобин – 7,9%

29.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -54000эритр –4500белок – отр

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

28.01.15 Суточная глюкозурия –1,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 30.01.15 Микроальбуминурия –112,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.01 | 8,1 | 8,2 | 6,8 | 8,6 |
| 02.02 | 6,5 | 12,4 | 6,8 | 8,0 |
| 04.02 |  | 8,6 |  |  |

27.01.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Левостороння пирамидная недостаточность.

26.01.15Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,4

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

26.01.15ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

20.01.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II.ф.кл диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

27.01.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.01.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

27.01.15Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева – 1,01, Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

03.02.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, мелких конкрементов в левой почке, микролитов в почках.

26.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,6 см3; лев. д. V = 5,2см3

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

Лечение: Лантус, метамин, аген, бисопролол, офлоксацин, индапрес, диалипон турбо, тивортин, эссенциале, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80мм рт. ст. ТТГ взят 02.02.15

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога, невропатолога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус 7.30 80-82 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж, метамин) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розуватстин 10 веч) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: эналаприл 10 мг \*2р/д., кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., амлодипин 5-10 мг веч. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: Лира 500 мг в/м № 10, затем рer os 3 мл 2р/сут до 1,5 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. С результатами ТТГ, Повторная конс эндокринолога по м/ж.
8. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, слезавит 1т.\*1р/д.
9. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин, канефрон 2т 3р/д 3-4 нед. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
10. 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 Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.