#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 146

##### Ф.И.О: Куркула Петр Григорьевна

Год рождения: 1956

Место жительства: Запорожский р-н, с. Кушугум, ул. Островского

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 02.02.15 по 16.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Авитрия ОИ Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.Диффузный зоб IIст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2000 в связи с декомпенсацией заболевания переведен на инсулинотерапию: Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-12-14ед., п/о- 12-18ед., п/у-10-12- ед., Левемир 22.00 – 44 ед. Гликемия – 4,5-3,0-10,0 ммоль/л. НвАIс – 7,3 % от 04.2014. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 10 лет. Смешанный зоб 1 с 2010. АТТГ - 217(0-100) МЕ/ АТ ТПО –13,6 (0-30) МЕ/мл от 2010. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.02.15 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр – 4,4 лейк –7,0 СОЭ –17 мм/час

э- 2% п- 0% с- 63% л- 33% м- 2%

03.02.15 Биохимия: СКФ –96 мл./мин., хол –6,28 тригл -1,66 ХСЛПВП – 1,70ХСЛПНП – 3,82Катер -2,7 мочевина –7,1 креатинин –107 бил общ –16,5 бил пр –4,0 тим –1,5 АСТ – 0,14 АЛТ – 0,14 ммоль/л;

09.06.02 Хол – 5,38

09.02.15 Глик. гемоглобин -8,1 %

06.02.15 ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/л

### 03.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,163 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

05.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,062

05.02.15 Суточная глюкозурия отр; Суточная протеинурия –– 0,227 отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.02 | 5,8 | 5,6 | 6,4 | 4,4 |  |
| 06.02 | 9,7 | 5,4 | 8,9 | 10,4 | 13,6 |
| 08.02 | 4,6 | 4,4 | 9,4 | 14,1 |  |
| 10.02 |  |  |  |  | 12,2 |
| 11.02 2.00-9,2 | 8,9 | 7,5 | 7,4 | 9,9 |  |
| 12.02 | 4,3 |  |  |  |  |

04.02.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма.

02.02.15Окулист: VIS OD= 0,1 OS= 0,1

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

02.02.15ЭКГ: ЧСС – 60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

04.02.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

03.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.02.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

03.02.15Допплерография: ЛПИ справа –1,3 , ЛПИ слева –1,4. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

13.02.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкрементов в желчном пузыре, на фоне застоя, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

02.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,0 см3; лев. д. V = 10,6см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. В лев. доле в с/3 расширенный фолликул 0,66 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Коллоидная киста левой доли.

Лечение: вазар, амлодипин, индапрес, физиотенс, торвакард, Новорапид, Левемир, тиогамма, актовегин, эссенциале, мильгамма.

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: Новорапид п/з-12-14 ед., п/о- 14-16ед., п/уж – 12-14ед.,20.00- 2-4 ед (при дополнительном перекусе) Левемир 22.00 44-46 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. Рек. кардиолога: амлодипин 10 мг 1р веч, индапрес 2,5 мг утром, физиотенс 0,2-0,4 мг веч.. Контроль АД, ЭКГ.
4. Вазар 160 мг утром. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д 1 мес.
6. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Йодированная соль.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т. офтан катахром 2к. \*3р/д.
9. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.