#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 189

##### Ф.И.О: Каширец Ольга Яковлевна

Год рождения: 1945

Место жительства: Черниговский р-н, пгт. Черниговка, ул. Набережная 12

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 10.02.15 по 20.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС, сочетанного генеза. Вестибулярный с-м. Легкое когнитивное снижение. Хронический субатрофический фарингит. Хронический холецистит, панкреатит вне обострения, с-м раздраженного кишечника в стадии обострения, болевая форма. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ОРВИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 1994г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2009 инсулинотерапия. В наст. время принимает: амарил 1 мг веч, Лантус 10.00- 15ед. Гликемия –7,0-8,0 ммоль/л. НвАIс – 8,0 % от 18.12.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 15 лет. ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 9,4 (0-30) МЕ/мл от 2013. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.02.15 Общ. ан. крови Нв –136 г/л эритр –4,3 лейк – 4,7СОЭ – 12мм/час

э- 5% п- 2% с-48 % л-41 % м- 4%

11.02.15 Биохимия: СКФ –67,3 мл./мин., хол –5,7 тригл -1,56 ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП -3,8 Катер -4,2 мочевина – 3,9 креатинин – 72 бил общ –11,9 бил пр –3,0 тим –0,7 АСТ – 0,34 АЛТ –0,37 ммоль/л;

11.02.15 Амилаза 20,9 Ед/л

### 11.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –10-18 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед в п/зр

12.02.15 кал на я\г - отр

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

12.02.15 Суточная глюкозурия – 1,78 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.02.15 Микроальбуминурия –53,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.02 | 8,1 | 14,3 | 5,8 | 11,7 |
| 14.02 | 7,9 | 12,9 | 9,5 | 9,5 |
| 18.02 | 7,6 | 15,0 | 5,6 | 8,6 |
| 19.02 |  | 11,4 |  |  |

12.02.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС, сочетанного генеза. Вестибулярный с-м. Легкое когнитивное снижение.

10.02.15Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,6 ;

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.

10.02.15ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

18.02.15 ФГ№ 84740: без патологии.

11.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.02.15Гастроэнтеролог: Хронический холецистит, панкреатит вне обострения, с-м раздраженного кишечника в стадии обострения, болевая форма

11.02.15РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

11.02.15 ЛОР: Хронический субатрофический фарингит.

12.02.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, обращает внимание значительно количество химуса в дистальных отделах кишечника, с вялой перистальтикой и выраженной болезненностью. Косвенные признаки левостороннего хронического пиелонефрита, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

10.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,6см3; лев. д. V = 2,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, с небольшим количеством мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: спазмомен, пробиз, пангрол, медитан, амарил, лизиноприл, конкор, амлодипин, лосприн, розувастатин, вестибо, каптоприл, Лантус, берлитион, актовегин, витаксон, лира.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст. Больной выписывается для дальнейшего наблюдение уч. терапевта по м/ж в связи с ОРВИ.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус п/з-26-28 ед.,

диапирид (амарил, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Лизиноприл 10 мг утром . амлодипин 56 мг в обед, конкор 5 мг утром. Лоспирин 1т веч Контр. АД.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: вестибо 16 мг 3р/д.
6. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
7. Рек ЛОР: щадящая диета, масляные капли в нос по 10 к 4р\д -10 дней.
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, 4, 9, спазмомен 1т 3р\ъд за 20 мин до еды 1 мес, пробиз 1т 2р\д 1 мес, пангрол 25 ты 1т 3р\д во время еды 2 нед. повторный осмотр после лечения.
9. С больной 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.