#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1137

##### Ф.И.О: Свиридова Мария Ульяновна

Год рождения: 1945

Место жительства: Г-Польский р-н, ул. Интернационала 44

Место работы: пенсионер , инв II гр

Находился на лечении с 21.09.16 по 04.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 35 кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за 2 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180-200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: СД выявлен 2008в г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (Диабетон MR 120 мг, сиофор 1000) . С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Генсулин Н п/з- 30ед. диаформин 500 мг веч. В виду отсутствия Генсулин Н по м\ж переведена на Хумодар Б100Р последнее 3 мес. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 30ед, диаформин 500 мг веч. Гликемия –10-19 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 03.2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 12 лет. АИТ с 2014 ТТГ – 5,6 (0,3-4,0) мМе/мл; АТ ТПО –601 (0-30) МЕ/мл от 2014. Препараты левотироксина не принимает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.09.16 Общ. ан. крови Нв –129 г/л эритр –3,8 лейк –4,6 СОЭ –9 мм/час

э- % п- % с-61 % л-31 % м- 8%

22.09.16 Биохимия: СКФ –97 мл./мин., хол –6,6 тригл – 1,34ХСЛПВП -1,94 ХСЛПНП -4,05 Катер -2,4 мочевина –3,3 креатинин –72 бил общ –18,3 бил пр –4,8 тим –3,5 АСТ – 0,4 АЛТ – 0,1 ммоль/л;

22.09.16 Глик. гемоглобин -7,6 %

22.09.16 ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

### 22.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

27.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – отр

26.09.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 26.09.16 Микроальбуминурия –57,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.09 | 6,1 | 9,4 | 4,3 | 6,0 | 7,0 |
| 25.09 | 6,7 | 8,3 | 5,6 | 6,2 |  |
| 29.09 | 6,7 | 9,5 | 6,3 | 7,7 | 4,2 |
| 02.10 | 7,0 | 10,9 | 7,7 | 7,8 | 4,5 |

22.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м, цефалгический с-м.

22.09.16Окулист: VIS OD= 0,2сф+1,5Д=0,2-0,3 OS= 0,2сф + 1,5Д=0,3 ; ВГД OD= 20 OS=22 Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ.

22.09.16ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый,. Эл. ось отклонена влево.

26.10.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

22.09.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

21.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6 см3; лев. д. V =5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, с 30.09.16 Инсулар Стабил, мефармил, тиоктацид, солкосерил, тивортин, нейробион, индапрес, эналаприл, физиолечение.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились головные боли, боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст. Пациента взята в программу по исследованию эффективности и безопасности инсулинов Инсулар.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з-28-30 ед. Больная обеспеченна данным видом инсулина на 3 мес.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850-1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, занидип 5-10 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
7. Рек. невропатолога: Дуплекс МАГ.
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р в год.
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, трайкор 1т 1р/д,, оптикс форте 1т 1р/д.

##### Леч. врач Рубанович И.Г.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.