#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1239

##### Ф.И.О: Степаненко Людмила Харитоновна

Год рождения: 1945

Место жительства: г. Запорожье ул. Грязнова 1а - 63

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 13.10.16 по 27.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м.с-м умеренной вестибулопатии. Вертеброгенная любоишалгия справа болевой с-м, мышечно-тонический с-м. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз, АВ –блокада 1 ст. желудочковый перикардит. СН 1. Ф. кл II Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2010 в связи с декомпенсацией СД переведен на комбинированную инсулинотерапию. В наст. время принимает: Лантус 30 ед утром , мефармил 500 мг 2р\д Гликемия – ммоль/л. АИТ, гипотиреоз, постоянно принимает L-тироксин 150 мкг\сут.ТТГ не определяла. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

.10.16 Общ. ан. крови Нв – г/л эритр – лейк – СОЭ – мм/час

э- % п- % с- % л- % м- %

17.10.16 Биохимия: СКФ –92,2 мл./мин., хол –5,8 тригл – 1,72ХСЛПВП – 1,6ХСЛПНП – 3,4Катер -2,6 мочевина –4,2 креатинин –63,8 бил общ –20,2 бил пр –5,1 тим –2,9 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,31 ммоль/л;

17.10.16 Анализ крови на RW- отр

21.10.16ТТГ – 6,5 (0,3-4,0) Мме/мл

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

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

19.10.16 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.10.16 Микроальбуминурия –54,8 мг/сут

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 |
| 14.10 | 7,0 | 8,2 | 9,5 |
| 21.10 | 7,1 | 11,8 | 7,8 |
| 24.10 | 7,1 | 5,3 | 11,6 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м.с-м умеренной вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Вертеброгенная любоишалгия справа болевой с-м, мышечно-тонический с-м.

Окулист: VIS OD=0,6 OS= 0,6

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

13.10.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. АВ блокада 1 ст.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз, АВ –блокада 1 ст. желудочковый перикардит. СН 1. Ф. кл II Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

20.10.16ЭХО КС: КДР-4,2 см; КДО-80,2 мл; КСР- 3,02см; КСО-35,5 мл; УО-45 мл; МОК- 3,74л/мин.; ФВ- 56%; просвет корня аорты -2,7 см; ПЛП – 2,9 см; МЖП –0,42 см; ЗСЛЖ –0,92 см; По ЭХО КС: По ЭХОКС умеренное увеличение полости ПЖ, ЛГ 1 ст, краевой фиброз створок МК и СР до 1 ст. ДДЛЖ деструктивный тип. ДДПЖ 1 типа, незначительный выпот в перикарде.

17.10.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

19.10.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст .

18.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 1,5 см3; лев. д. V = 1,3 см3

Размеры железы меньше нормы. Контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. .

Лечение: эналаприл, индапрес, L-тироксин, мефармил, Лантус, винпоцетин, тивортин, лесфаль

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: Лантус 22.00 30 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ., КАГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, . оптикс форте 1т 1р\д
8. 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 Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.