#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 740

##### Ф.И.О: Яковенко Лилия Игоревна

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Запорожье ул. Уральская 59-114

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 14.06.16 по 04.07.16 в энд. отд. (27.06.16-04.07.16 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Пролиферативная диабетическая ретинопатия, начальная катаракта ОД. состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Инфекция мочевыводящих путей. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Состояние после осложненного гипертонического криза (острая гипертензивная энцефалопатия), умеренный с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м, церебральная атрофия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз. СН1ф. кл II . Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, изжогу, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССТ. В наст. время принимает: амарил 3 мг утром + Амарил М 2/500 мг веч, диаформин SR 1000г 1/д. Гликемия –8-12 ммоль/л. боли в н/к в течении 5 лет. Повышение АД в течение 20 лет. Принимает дифорс 160 г 1р\д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.06.16 Общ. ан. крови Нв 134 г/л эритр – 4,2 лейк –6,8 СОЭ – 4 мм/час

э- 0% п- 3% с- 57% л- 32% м- 10%

27.06.16 Общ. ан. крови Нв 137 г/л эритр – 4,1 лейк –5,8 СОЭ – 8 мм/час

э- 0% п- 3% с- 69% л- 26% м- 2%

15.06.16 Биохимия: СКФ –72,1 мл./мин., хол – 4,8тригл – 3,1ХСЛПВП -1,33 ХСЛПНП -2,1 Катер -2,6 мочевина –6,7 креатинин – 92 бил общ –92 бил пр –11,8 тим –2,9 АСТ – 0,20 АЛТ –0,52 ммоль/л;

27.06.16 Биохимия: хол –4,89 мочевина –4,5 креатинин – 63 бил общ –18,7 бил пр –4,5 тим –1,8 АСТ – 0,23 АЛТ –0,87 ммоль/л;

16.06.16 глик гемоглобин – 11,2 %

17.06.16 К – 3,56 Na – 130 Cа – 2.52

27.06.16 Гемогл – 137 ; гематокр – 0,43; общ. белок – 73,1 г/л; К – 4,2 ; Nа –137 ммоль/л

27.06.16 Амилаза – 40,0 ( 0-90)

27.06.16 Коагулограмма: вр. сверт. – 6,1 мин.; ПТИ – 115 %; фибр – 3,5 г/л; фибр Б – отр; АКТ –105 %; св. гепарин – 0

28.06.16 К – 4,9

30.06.16 К – 4,1 ммоль/л

01.07.16 фибриноген 3,7

### 15.06.16 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 7-8-9 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ув п/зр

27.06.16 ацетон – 3+++

С 28.06.16 ацетон - отр

16.06.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

27.06.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5500 эритр - 750 белок – 0,041

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

16.06.16 Суточная глюкозурия – 1,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.06.16 Микроальбуминурия –151,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.06. | 11,2 | 10,2 | 9,2 | 9,6 |  |
| 20.06 | 5,6 | 6,4 | 6,8 | 5,9 |  |
| 22.06 | 6,9 | 9,2 |  | 7,1 |  |
| 27.05 |  | 12,4 | 9,0 | 6,2 | 7,4 |
| 29.06 | 7,9 | 9,7 | 8,5 | 9,5 |  |
| 01.07 | 10,4 | 10,4 | 8,3 | 9,4 |  |
| 03.07 | 7,0 | 9,8 | 9,7 | 11,3 |  |
| 03.07 | 7,9 | 11,4 | 11,5 | 10,0 |  |
| 04.07 | 6,0 | 10,1 |  |  |  |

01.07.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Состояние после осложненного гипертонического криза (острая гипертензивная энцефалопатия), умеренный с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м, церебральная атрофия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к , сенсомоторная форма.

22.06.16Окулист: VIS OD= 0,1 н/к OS= 0,02 н/к

ДЗН бледно розовый границы четкие артерии сужены склерозированы, с-м Салюс 1, вены расширены, неравномерного калибра, сосуды извиты. По ходу сосудов большое количество ретинальных геморрагий, микроаневризмы, лазеркоагуляции. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия, начальная катаракта ОД. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ.

16.06.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

29.06.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

07.07.16ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз. СН1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.06.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

09.06.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,9 см3; лев. д. V = 4,2 см3

Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Предуктал MR, аспирин кардио, нолипрел форте, бисопролол, Инсуман Базал, амарил, диаформин, дифорс, тиогамма, витаксон, мексиприм, Инсуман Рапид, фенигидин, энтеросгель, альмагель, адаптол, ново-пасит, L-лизин эсцинат, цераксон, ноотропил, левофлоксацин, цефтриаксон, фуросемид, гепарин, метаклопромид, вестибо, аспаркам, прозерин, эмсеф, линекс, верошпирон, абифлокс.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, учитывая у пациентки состояние после перенесенного осложненного гипертонического криза, проводилась коррекция дозы инсулина с удержанием показателей постпрандиальной гликемии 9,8-10,5 моль\л, гликемия натощак 7,9-6,0 моль\л для исключения риска гипогликемических состояний, уменьшились боли в н/к. АД 140/90 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал (пенф) п/з- 28ед., п/уж -14-16 ед., (выдана 1 шприц-ручка Allstar)

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

Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.

1. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, бисопролол 5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж, суточное мониторирование ЭКГ, наблюдение участкового врача .
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
5. Рек. невропатолога: гипотензивная, гиполипидемическая терапия, вестибо 24 мг 2р\д 1 мес. цераксон (нейродар, нейроксон) 500 мг 2р/д 1 мес, сермион 30 мг утр. до 2 мес.,
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, офтан катахром 2к. \*3р/д, троксевазин 300 мг 1т 2р\д 2 мес, окювайт комплит 1т.\*1р/д. 2 мес,

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

и/о Нач. мед. Гура Н.Н.