#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 612

##### Ф.И.О: Коваль Татьяна Владимировна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье ул. Стефанова 44 148

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.05.16 по 23.05.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). патологическая извитость ВСА ПА, с-м вестибулопатии. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст, ДЖП по гипомоторному типу. Хронический гастрит с болевым с-мом H-pylory – отр КОФ желудка повышенная.Атрофический кольпит. Диффузная мастопатия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 260/100 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2006 инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 26ед., п/у-4 ед., глюкофаж 850 2р/д. Гликемия –3,7-11,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает лозап 12,5 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.05.16 Общ. ан. крови Нв – 128 г/л эритр – 3,8 лейк –3,0 СОЭ – 10 мм/час

э- 1% п- 1% с- 54% л- 42 % м- 2%

13.05.16 Биохимия: СКФ –57,6 мл./мин., хол –4,8 тригл -0,98 ХСЛПВП -1,46 ХСЛПНП – 2,9Катер – 2,3мочевина –4,9 креатинин – 92,8 бил общ – 12,5 бил пр – 3,1 тим –2,2 АСТ – 0,19 АЛТ –0,29 ммоль/л;

13.05.16 Глик. гемоглобин -9,8 %

### 13.05.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,596 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

16.05.16 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – 0,599

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.05 | 7,8 | 16,5 | 7,9 | 7,4 |
| 15.05 | 10,2 | 10,3 | 12,4 | 13,5 |
| 17.05 | 7,2 | 10,1 | 9,5 | 7,9 |
| 18.05 |  | 6,4 |  |  |

04.05.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). патологическая извитость ВСА ПА, с-м вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

23.05.16 Рн метрия – Выраженное повышенное кислотообразование.

04.5.16Окулист: VIS OD= 0,3 с кор 1,0 OS= 0,3 с кор =1,0 ;

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

04.05.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

05.05.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

13.05.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.05.16 Гинеколог: Атрофический кольпит.

23.05.16 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст, ДЖП по гипомоторному типу. Хронический гастрит с болевым с-мом H-pylory – отр КОФ желудка повышенная.

23.05.16 ФГДЭС: Атрофическая гастропатия. Дуодено-гастральный рефлюкс.

16.05.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

19.05.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре,

20.05.16 Мамолог: диффузная мастопатия.

1.05.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,6 см3; лев. д. V = 3,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: глюкофаж, лозап, небивал, тиоктацид, актовегин, эссенциале, мильгамма, нуклео ЦМФ, Фармасулин НNР

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: Фармасулин НNР п/з-26-28 ед., п/уж – 4-6ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 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: лозап 12,5 утром, аспирин кардио 100 мг 1р\д, престариум 5-10 мг веч.,

Контроль АД, ЭКГ.

1. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
2. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
3. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д
4. Рек гинеколога: свечи метил-уролициловые 1св 2р\д 10 дней.
5. Рек мамолога: «Д» наблюдение.
6. Рек гастроэнтеролога: соблюдать диету режим питания, гепавал 1т 2р\д 1 мес, урсоност 300 1т на ночь 1 мес, гастронорм 2т 2р\д за 30 мин до еды 2 нед, повторный осмотр после лечения.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.