#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1035

##### Ф.И.О: Богинич Вера Николаевна

Год рождения: 1946

Место жительства: Токмакский р-н, ул. Революционная 28-7

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 02.09.16 по 14.09.16 в энд. отд. ( ОИТ 02.09.16-.06.09.16)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Ацетонурия. Незрелая катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. ИБС, стенокардия напряжения, , II ф.кл. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Паронихий 1п. левой стопы. Смешанный зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоз. эмоционально лабильное расстройство органического генеза у педантичной личности. Легкое когнитивное снижение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, психо-эмоциональную лабильность.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (димарил 4 мг, мефармил 850 мг 2р\д). Ухудшение состояния в течении 1 мес после перенесенного ОРВИ. 29.08.16 госпитализирована в терап. отд Токмакский ЦРБ, при госпитализации ацетонурия 1-3+++, гликемия 16-17ммоль/л. С 29.08.16 назначена инсулинотерапия. Хумодар РР п/з 16 ед, п/о 14 ед, п/у 10 ед. 22.00 – 10 ед. проводилась дезинтоксикационная, регидратационная терапия. Для дальнейшего лечения переведена в ОКЭД. г. Боли в н/к в течение 8 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг 2р\д , коронал 5 мг 2р\д, амлодипин 5 мг 1р\д.. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.09.16 Общ. ан. крови Нв –160 г/л эритр – 4,9лейк – 9,4 СОЭ –36 мм/час

э- 0% п-2 % с- 64% л- 27% м- 7%

05.09.16 Общ. ан. крови Нв –158 г/л эритр – 4,7лейк – 9,4 СОЭ –42 мм/час

07.09.16 Общ. ан. крови Нв –136 г/л эритр – 4,1лейк – 7,0 СОЭ –36 мм/час

э- 1% п- с- 62% л- 29% м- 8%

02.09.16 Биохимия: СКФ – 40,4мл./мин.

04.09.16 Биохимия: СКФ – 60,1мл./мин.

02.09.16 Биохимия: хол –9,86 мочевина –3,6 креатинин – 97 бил общ – 18,2бил пр – 4,3 тим – 1,7 АСТ – 0,31 АЛТ –0,28 ммоль/л;

05.09.16 Биохимия: хол –8,42 тригл – 1,75ХСЛПВП -1,43 ХСЛПНП – 6,19Катер – 4,9

02.09.16 Амилаза – 50,1 (0-90) ед/л

03.09.16 К – 2,86

03.09.16 К -3,47

05.09.16 К -4,19

07.09.16 Глик. гемоглобин -14,0 %

07.09.16 Анализ крови на RW- отр

02.09.16 Гемогл – 160 ; гематокр – 0,48 ; общ. белок –71 г/л; К –3,62 ; Nа – 147,8 ммоль/л

02.09.16 Коагулограмма: вр. сверт. –9 мин.; ПТИ – 88,1%; фибр – 5,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ –93 %; св. гепарин – 6-10-4

04.09.16 Проба Реберга: Д- 3,5л, d- 2,4мл/мин., S-1,52 кв.м, креатинин крови- 67мкмоль/л; креатинин мочи-4870 мкмоль/л; КФ- 198,5мл/мин; КР- 98,7%

### 02.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2-3 в п/зр белок – 0,536 ацетон –2++; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 03.09.16 ацетон - отр

03.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - 500 белок – 0,264

04.09.16 Суточная глюкозурия – 0,39 %; Суточная протеинурия – 0,974

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 02.09 |  | 12,9 | 15.00-15,0 7,2 | 19.00-12,6 6,8 |  |
| 03.09 | 8,4 | 12,5 | 8,3 | 7,4 |  |
| 04.09 | 10,4 | 7,1 | 5,7 | 7,6 |  |
| 05.09 | 11,1 | 5,8 | 5,8 | 11,2 |  |
| 06.09 | 12,3 |  | 8,5 | 9,0 | 7,7 |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.09 | 8,5 | 8,6 |  |  |  |
| 08.09 | 8,3 | 11,7 | 10,0 | 6,7 |  |
| 10.09 | 7,3 | 8,9 | 9,3 | 9,9 |  |

02.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м.

12.09.16.Окулист: VIS OD= 0,09 с кор 0,2 OS= 0,1 с кор 0,3

. Гл. дно под флером Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

08.09.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

07.09.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, , II ф.кл. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

07.09.16 На р-гр левой стопы определяется перестройка костной структуры, субхондрального склероза и сужение суставных щелей в 1 плюснефаланговых суставов в межфаланговых суставов стопы. Деструктивных изменений не выявлено.

05.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст.

07.09.16Хирург:Паронихий 1п. левой стопы

08.09.16РВГ: Нарушение кровообращения IV ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

13.09.16 Психиатр: эмоционально лабильное расстройство органического генеза у педантичной личности. Легкое когнитивное снижение.

09.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V = 4,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с множественным расширенными фолликулами до 0,39 .В пр доле в в/3 расширенный фолликул 0,75 см. В лев. доле в с/3 расширенный фолликул 0,63 см. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Коллоидные кисты обеих долей.

Лечение: Инсулар Актив, Инсулар Стабил, коронал, витаксон, тиоктодар, аспаркам, амлодипин, пирацетам, гепарин, лизиноприл, лоспирин, алладин перевязки с демиксидом + бетодином, солкосерил. тивортин

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. осмотрена окулистом 12.09.16 VIS OD= 0,09 с кор 0,2 OS= 0,1 с кор 0,3 Подобрать очки для близи не удается. Учитывая первичное назначение инсулина, снижение остроты зрения, подтвержденное осмотром окулиста рекомендовано при наличии пенфильных форм инсулина – Инсулар Актив, Инсулар Стабил рассмотреть вопрос о применении шприц ручки. Выдан инсулин Инсулар Актив , Инсулар Стабил на 2 нед.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсулар Актив п/з-6 ед., п/уж - 6ед., Инсулар Стабил п/з 20 ед, п/у 14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., карведилол 3,125мг утр, аторвастатин 20 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: КАГ, ЭХО КС ,суточное мониторирование ЭКГ, по м/ж. В настоящее время приниает лизиноприл 10 мг 2р\д. коронал 5 мг 2р\д, амлодипин 5 мг 2р\д
8. Тиоктодар 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.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д. Подобрать очки для близи не удается.
11. Рек хирурга: ежедневные перевязки с бетадином (гентаксаном) в течении 1-2 нед.
12. Повторный осмотр хирурга по м\ж через 3-4 дня.
13. Рек психотерапевта: прилагается

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.