#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1087

##### Ф.И.О: Козеровская Вера Петровна

Год рождения: 1951

Место жительства: г. Запорожье ул. Гаврилова 2/88

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 12.09.16 по 27.09.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, субкомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия. Авитрия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения. Анемия. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). Цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4. Веретброгенная люмбалгия справа, умеренно болевой с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/80 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2002 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Лантус п/з- 54 ед., диаформин 1500 веч. Гликемия –6,2-8,0 ммоль/л. НвАIс - 6,8% от 02.2016. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 18 лет. Из гипотензивных принимает лозап 100. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.09.16 Общ. ан. крови Нв –116 г/л эритр – 3,5 лейк –5,5 СОЭ – 35мм/час

э- 1% п- 1% с-74 % л- 24 % м-1 %

26.09.16 Общ. ан. крови Нв – 112 г/л эритр –3,4 лейк –4,9 СОЭ –20 мм/час

э- 1% п- 0% с- 62% л- 33 % м- 4%

13.09.16 Биохимия: СКФ –46,4 мл./мин., хол –5,1 тригл -1,52 ХСЛПВП -1,36 ХСЛПНП -3,04 Катер -2,75 мочевина –7,2 креатинин –124 бил общ –11,1 бил пр –2,8 тим –1,1 АСТ – 0,44 АЛТ –0,39 ммоль/л;

13.09.16 Анализ крови на RW- отр

13.09.16 Глик. гемоглобин – 8,4%

16.09.16ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 41,0 (0-30) МЕ/мл

### 13.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

20.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -525000 эритр - 1500 белок – 0,342

26.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

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

##### 16.09.16 Микроальбуминурия –121,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.09 | 5,1 | 4,3 | 7,3 | 5,6 |
| 19.09 | 4,7 | 4,8 | 7,9 | 7,5 |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м.. Вертеброгенная люмбалгия справа, умеренно болевой с-м.

13.09.16Окулист: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а: в 1:2 сосуды сужены ,извиты склерозированы. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Салюс I-II. Авитрия Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Авитрия ОИ.

12.09.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

15.09.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

13.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.09.16РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

15.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,5 см3; лев. д. V = 4,0см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,35 см. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: мефармил, лозап, индапрес, диаформин, Лантус, тиоктацид, актовегин, мильгамма, вольтарен, мидокалм, офлоксацин.

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: Лантус п/з-54-56 ед

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1500 - 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 100, арифон ретарт 1т утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. Рек нефролога: контроль ан. крови мочи в динамике УЗИ почек 1-2 р/ год. в лечение проведение курса а/бактериальной терапия 7-10 дней в послед. прием канефрона 2т 3р/д 1 мес – 3-4 курса в год. Тардиферон 1т/сут. Адекватная противогипертензивная терапия.
9. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.