#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 94

##### Ф.И.О: Звинковская Лидия Шмульевна

Год рождения: 1953

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи ул. Осипенко 76а

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 25.01.16 по 04.02.16 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 II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, (дисметаболическая, гипертоническая). ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл. СН1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 32,5кг/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 240/120 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 2005 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Хумодар Б100Р. С 2008 Лантус. В наст. время принимает: Лантус п/з- 82ед. метамин 1000 2р/д. Гликемия –7,9-8,3 ммоль/л. НвАIс -7,9 %. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 13лет. Повышение АД в течение 13 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол. В 2014 выявлен субклинический гипотиреоз. В течение 3 мес принимала эутирокс 25 мкг утром натощак. В дальнейшем заместительную терапию не принимала. АТТПО 6,8 от 01.2012. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

26.01.16 Общ. ан. крови Нв – 154 г/л эритр – 4,6 лейк –9,2 СОЭ – 3 мм/час

э- 3% п- 2% с- 56% л- 34% м- 5%

29.01.15 лейк – 8,2

26.01.16 Биохимия: СКФ –73 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,8 ХСЛПВП – 1,43ХСЛПНП – 2,94Катер -2,63 мочевина –7,0 креатинин – 96,3 бил общ –12,8 бил пр –3,7 тим – 2,48 АСТ – 0,29 АЛТ –0,7 ммоль/л;

29.01.16ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

### 26.01.16 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ед в п/зр

28.01.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

27.01.16 Суточная глюкозурия – 2,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 29.01.16 Микроальбуминурия –133,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.01 | 7,9 | 9,2 | 10,2 | 6,9 |
| 29.01 | 8,6 | 5,8 | 7,4 | 8,0 |

25.01.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза, (дисметаболическая, гипертоническая). Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

25.01.16Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,4

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

26.01.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

26.01.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.01.16РВГ: Нарушение кровообращения II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

28.01.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, функционального раздражения кишечника нельзя исключить наличие микролитов в почках.

25.01.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V = 6,2 см3

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

Лечение: эналаприл, метамин, предуктал MR, клопидогрель, Лантус, диалипон, тивортин, нейромакс, нуклео ЦМФ, эссенциале.

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- 82-84ед

Метамин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: клопидогрель 75 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д
9. 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 Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.