#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 854

##### Ф.И.О: Свирида Татьяна Васильева

Год рождения: 1920

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудный ул. Шахтерская 42-65

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 09 .06.17 по 20.06.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. Окклюзия ЗББА с двух сторон. С-м диабетической стопы, смешанная форма, состояние после операции ( 2015) ампутация 1п пр. стопы. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф .кл. СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м. Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 8 кг за 2 года, ухудшение зрения, боли в н/к, ходит с трудом, парестезия, снижение чувствительности судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (сиофор, Диабетон MR). С 2015 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 20ед., п/у- 14ед. Гликемия –3,9-9,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает диакор 160 мг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 12.06 | 129 | 3,9 | 5,4 | 25 | 1 | 1 | 70 | 27 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 88,3 |  |  |  |  |  | 3,3 | 86,9 | 10,8 | 2,8 |  | 0,43 | 0,43 |
| 13.06 |  | 5,3 | 2,5 | 1,14 | 3,0 | 3,6 |  |  |  |  | 1,8 |  |  |

### 13.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

16.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

15.06.17 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.17 Микроальбуминурия – 26,7мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.06 | 5,8 | 10,0 | 8,9 | 7,6 |
| 14.06 | 6,3 | 10,9 | 8,9 | 7,1 |
| 16.06 | 6,0 | 9,6 | 6,3 | 7,9 |

08.06.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), хроническое течение. Дисметаболическая энцефалопатия сочетанного генеза с-м вестибулопатии, цереброастенический с-м.

13.06.17 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Салюс I. ангиосклероз, по ходу сосудов большое кол-во ретинальных геморрагий, экссудатов. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

09.06.17 ЭКГ: ЧСС – 67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. изменения миокарда верхушечно боковой области.

20.06.17 ЭКГ: ЧСС – 70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. изменения миокарда верхушечно боковой области. Гипертрофия левого желудочка.

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

16.06.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.06.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. окклюзия ЗББА с двух сторон. С-м диабетической стопы 0 ст. смешанная форма. СПО (205). Ампутация 1 п. пр. стопы.

Рек-но детралекс 500 мг 1т 2р\д 1 мес, актовегин 10 мг в/в №10, тиоктодар 20 мл в/в кап № 10. Наблюдение сосудистого хирурга.

06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

19.06.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы.

Лечение: Хумодар Б100Р, тивомакс, тиогамма, нейробион, неогабин, диокор, торсид, эналаприл, диаформин, Хумодар Р100Р.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/90 мм рт. ст. Для снижение постпранидиальной гипергликемии добавлен Хумодар Р100Р п/з 8 ед

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-8 ед. Хумодар Б100Р п/з 20 ед. п/у – 14 ед.

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. Рек. кардиолога: эплепрес 25 мг, престтариум 10мг 1р\д, трифас10 мг утром, предуктал MR 1т 2р/д. Контроль АД, ЭКГ.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д , индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. УЗИ щит. железы 1по м/ж
7. Рек. окулиста: нутроф тотал 1к 1р/д. 3-4 мес., конс. лазерного хирурга.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В