#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 327

##### Ф.И.О: Псёл Наталья Михайловна

Год рождения: 1950

Место жительства: Г-Поле, ул, Чубаря 42

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 02.03.17 по 14.03.17 в диаб. отд. (02.03.17-06.03.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Незрелая катаракта, фиброз ст. тела ОД. Тракционная отслойка сетчатки, незрелая катаракта, вторичная глаукома, рубеоз радужки OS. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диффузный зоб II ст. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Спаечная болезнь брюшной полости.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, резкое ухудшение зрения ОД с 01.03.17, отсутствие зрения OS с 2011, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2001 в связи с декомпенсацией СД переведен на комбинированную инсулинотерапию В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-30 ед., п/у- 30ед., диаформин 1000 мг 2р\д. Гликемия –8-17 ммоль/л. С17.02.17-.27.021.7 стац лечение в ЦРБ проведен курс сосудистой терапии. 01.03.17 отметила резкую потерю зрения правого глаза. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает тенорик 2т/сут моксогамма 2т а ночь. В 2012 нефрэктомия в связи с МКБ В 1988 экстирпация матки (миома). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.03.17 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр –4,3 лейк –5,3 СОЭ –26 мм/час

э- 0% п- 3% с- 57% л- 37 % м- 3%

05.03.17 Общ. ан. крови Нв –129 г/л эритр –4,1 лейк –7,2 СОЭ –27 мм/час

э- 5% п- 3% с- 58% л- 28 % м- 6%

03.03.17 Биохимия: хол –5,8 тригл – 2,3ХСЛПВП 1,0 ХСЛПНП -3,7 Катер -4,8 мочевина –7,5 креатинин – 110 бил общ –11 бил пр –2,7 тим –1,3 АСТ – 0,18 АЛТ – 0,41 ммоль/л; общий блок – 75 г/л

07.03.17кретаинин – 90 СКФ - 83

03.03.17 амилаза – 60,6 ед/л

10.03.17 ТТГ –0,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –10,2 (0-30) МЕ/мл

03.03.17 гематокр – 0,46 ;

03.03.17 К – 4,3; Nа – Са - 136,8 С1 -1,98 ммоль/л

03.03.17 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ – 78,9 %; фибр – 4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

03.03.17 Проба Реберга: креатинин крови- 87мкмоль/л; креатинин мочи- 5665 мкмоль/л; КФ- 49,4мл/мин; КР- 98,1%

### 03.03.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1/2 эрит 5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -много в п/зр

04.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -250 белок – 0,046

04.03.17 Суточная глюкозурия – 0,48 %; Суточная протеинурия – 0,36

09.03.17 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.03.17 Микроальбуминурия –137,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.03 |  | 15,2 | 13,8 | 11,4 |
| 03.03 | 10,0 | 8,5 | 15,6 | 11,0 |
| 05.03 | 10,7 | 12,5 | 9,8 | 9,0 |
| 08.03 | 6,0 | 7,4 | 10,4 | 5,7 |
| 11.03 | 5,8 | 6,7 | 11,9 | 9,3 |

02.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цереброастенический с-м

02.03.17Окулист: VIS OD=0,02 н/к OS= ноль ; ВГД OD= 20 OS=38

ОД: Помутнения в хрусталиках в стекловидном теле выраженные фиброзные тяжи, плавающие сгустки крови, гл. дно не офталмьоскопируется. OS: застойная инъекция роговицы, прозрачная, передняя камера мелкая, зрачек не реагирует на свет, в просвете мутный хрусталик. Д-з: тракционная отслойка сетчатки, гемофтальм ОД. Факогенная глаукома? (терминальная) OS. Осложненная катаракта ОИ.

13.03.17 зав. отд микрохирургии глаза: незрелая катаракта, фиброз ст. тела ОД. Тракционная отслойка сетчатки, незрелая катаракта, вторичная глаукома, рубеоз радужки OS.

02.03.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

07.03.17Хирург: Спаечная болезнь брюшной полости .

02.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,3 см3; лев. д. V = 6,7 см3

Перешеек – 0,5см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы

Лечение: тенорма, моксогамма, берлитион, диаформин, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: Хумодар Р100Р (пенф) п/з-10-12 ед., п/уж -10-12 ед., Хумодар Б100Р (пенф) п/з-30-32ед., п/уж -28-30 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 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. Эналаприл 10 мг утром моксогамма 0,2 мг на ночь . Контр. АД.
4. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес..
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодированная соль.
6. Рек. окулиста: консультация витреоретинального хирурга. Повторный осмотр для решения вопроса хирургического лечения.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В