#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 354

##### Ф.И.О: Филон Антонина Николаевна

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Запорожье ул. Почтовая 32а- 51

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.03.17 по 21.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Препролиферативная диабетическая ретинопатия, макулярный отек. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, постинфарктный кардиосклероз (без даты), СН1. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ДЭП 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Хронический правосторонний околоушный сиалоаденит, Аденома правой околоушной слюнной железы Осложненная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 09.2016 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсулар Актив п/з- 10ед., п/у-8 ед., Инсулар Стабил п/з 20 ед, п/о 8 ед, п/у 14 ед. Гликемия –16,3-11,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г.(4-я гор болница) Повышение АД в течение 25 лет. Из гипотензивных принимает тонорма, дифорс160 мг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.03.17 Общ. ан. крови Нв –150 г/л эритр –4,5 лейк – 4,6 СОЭ – 31 мм/час

э-0 % п- 1% с- 69% л- 28% м-2 %

10.03.17 Биохимия: СКФ –80,8 мл./мин., хол –6,8 тригл -2,1 ХСЛПВП -1,75 ХСЛПНП -4,1 Катер -2,9 мочевина –88,0 креатинин –11,2 бил общ –2,8 бил пр –0,27 тим –0,27 АСТ –0,20 АЛТ –0,20 ммоль/л;

10.03.17 lgE – 80,7

10.03.17ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –7,1 (0-30) МЕ/мл

### 10.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ед в п/зр

20.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр -250 белок – 0,541

14.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – 0,902

14.03.17 Суточная глюкозурия – 0,926 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.03 | 9,9 | 9,1 | 8,1 | 8,1 | 7,7 |
| 16.03 | 8,0 | 10,4 | 9,1 | 6,7 |  |

14.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. ДЭП 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

14.03.17Окулист: VIS OD=0,2сф + 2,0 =0,2-0,3 OS= 0,09 н/к

Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия, макулярный отек. Осложненная катаракта ОИ.

10.03.17 ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

10.03.17Кардиолог: ИБС, постинфарктный кардиосклероз (без даты), кардиосклероз, СН1. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

10.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.03.17 хирург: Хронический правосторонний околоушный сиалоаденит, аденома правой околоушной слюнной железы

10.03.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

10.03.17Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева –1,2 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

09.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2см3; лев. д. V =5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная справа в околоушной области выд-ся узловое образование с четкими ровными контурами 8,0\*7,5 см (аденома слюнной железы). Регионарные л/узлы до 0,91\*0,48. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы

Лечение: диаформин, каптопрес, вазотал, клосарт, диалипон, луцетам, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Инсулар Актив, Инсулар Стабил

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. 15.03.17 совместным осмотром Леч. врач Костина Т.К. Зав. отд. Еременко Н.В. Нач. мед. Карпенко И.В больная переведена на Инсуман Рапид, Инсуман Базал т.к. категорически отказалась от введения Инсулар Актив, Инсулар Стабил, о чем имеется протокол перевода на другие виды инсулина от 15.03.17. 17.03.17 комиссонно больной разрешено вводить инсулин в пенфильной форме, согласно постанове кабмин. № 239 от 23.03.16, выдано 2 шприц-ручки.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид (пенф) п/з-10 ед., п/уж -8ед., Инсуман Базал (пенф) п/з 20 ед, п/у 14 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, хипотел 40-80 арифон ретард 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. Рек хирурга: наблюдение челюстно-лицевого хирурга.
9. Рек. окулиста: оперативное лечение: интравитриальногое введение кенолога на ОИ, в плановом порядке.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В