#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 110

##### Ф.И.О: Засипка Антонина Павловна

Год рождения: 1950

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Астраханка ул. Почтовая 12

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 24.01.17 по 06.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Вторичная дистрофия OS. макулодистрофия ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая остеартропатия. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза последствия перенесенного ишемического инсульта (2015) ВВБ, вестибуло-атактический с-м.

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.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: глимакс 4 мг утром, + 2 мг веч. диаформин 1000 2р/д Гликемия –10-12 ммоль/л. Повышение АД в течение 15-20 лет. Из гипотензивных принимает вазар 160 мг 1т/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.01.17 Общ. ан. крови Нв –135 г/л эритр – 4,2 лейк – 8,2 СОЭ –9 мм/час

э- 1% п- 3% с- 57% л- 33% м- 6%

25.01.17 Биохимия: СКФ –45,3 мл./мин., хол –3,2 тригл -1,27 ХСЛПВП -1,27 ХСЛПНП -1,35 Катер -1,5 мочевина –8,9 креатинин –101,2 бил общ –11,8 бил пр –2,9 тим –1,7 АСТ – 0,15 АЛТ –0,12 ммоль/л;

### 25.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –22-24 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - в п/зр

27.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,031

26.01.17 Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.01 | 6,5 | 12,2 | 3,5 | 9,3 |
| 28.01 | 9,9 | 9,3 | 3,6 | 12,2 |
| 02.02 | 8,2 | 16,0 | 12,1 | 11,9 |
| 04.02 | 6,2 | 7,2 | 12,4 | 8,4 |

24.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза последствия перенесенного ишемического инсульта (2015) ВВБ, вестибуло-атактический с-м.

Окулист: VIS OD=0,1 н/к OS= 0,08 н/к ; ВГД OD= 20 OS=18

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Сосуды узкие, вены полнокровные, неравномерного калибра, множественные твердые экссудаты, микроаневризмы, в макулярной области рефлекс сглажен, слева в парамакулярной области грубый дистрофический очаг, безпигментный Д-з: Незрелая катаракта Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Макулопатия ОД.

24.01.17ЭКГ: ЧСС – 80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.01.17Хирург: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

24.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,0 см3; лев. д. V = 5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая, с множественными гидрофильными очагами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 . Умеренные диффузные изменения паренхимы.

При совместном осмотре с начмедом учитывая снижение зрения ( больная не видит деления шприца) показано введение инсулина при помощи шприц ручки.

Лечение: мелкардил, вазотал, диаформин, хемопамид, Фармасулин НNP, Фармасулин Н ,актовегин, витаксон, диалипон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Комиссионно больная переведена на введение Фармасулин Н, Фармасулин НNP в пенфильной с дальнейшим приобретением шприц–ручки. Гипергликемия в 19.00 связана с нарушением режима питания.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н (пенф) п/з- 16 ед., п/уж -10 ед., Фармасулин НNР (пенф) п/з 12 ед. – п/у 12
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Рек. окулиста: ОСТ ОИ, ФАГ на ОИ, возможно оперативное лечение ФЭК + ИОЛ в плановом порядке.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В