#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 145

##### Ф.И.О: Кириченко Татьяна Васильевна

Год рождения: 1955

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Матвеевка ул. Ленина 367

Место работы: ПАТ «Днепроспецсталь», аппаратчик

Находился на лечении с 30.01.17 по 08.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сетчатки. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия 1- II ст. Рубец роговицы, осложненная артифакия, вторичная катаракта, оперированное расходящееся косоглазие OS. Начальная катаракта ОД. Метаболическая кардиомиопатия, СН 0. Хронический пиелонефрит, латентное течение, ст. нерезкого обострения. Ожирение I ст. (ИМТ 31,9кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, судороги в икроножных мышцах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013 в кетоацидотическом состоянии. С начала заболевания инсулинотерапия – коротким курсом ( для устранения ацетонурии), затем при выписке рекомендовано СТТ – диапирид 4 мг. В 2014 переведена на инсулин – Генсулин Н . В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-36 ед., п/у- 8ед. ТТГ – 0,68 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 3,0 (0-30) МЕ/мл от 2014. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД ( диабетическая полинейропатия, хроническое течение).

Данные лабораторных исследований.

31.01.17 Общ. ан. крови Нв –135 г/л эритр – 4,1 лейк –4,0 СОЭ –23 мм/час

э- 0% п- 0% с- 65% л- 34 % м- 1%

08.02.17 СОЭ - 23

31.01.17 Биохимия: СКФ – 92мл./мин., хол –4,8 тригл -0,94 ХСЛПВП -1,82 ХСЛПНП – 2,5 Катер -1,6 мочевина – 5,1 креатинин –74,6 бил общ –16,4 бил пр –4,1 тим –0,76 АСТ –0,22 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

### 31.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 10 лейк – на всё в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

01.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -96500 эритр - 250 белок – 0,04

08.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -50000 эритр - 250 белок – 0,030

07.02.17 Суточная глюкозурия – 1,82%; Суточная протеинурия – 0,032

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 31.01 | 8,1 | 11,5 | 14,2 | 15,6 |
| 03.02 | 5,1 |  | 8,6 | 8,9 |
| 06.02 | 4,4 |  | 12,3 | 13,9 |
| 07.02 |  |  | 9,6 | 9,2 |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение

01.02.17Окулист: VIS OD=0,9 сф + 0,5=1,0 OS= 0,6 – 0,75Д =0,7 ; ВГД OD= 22 OS=20

ОД – в хрусталике начальные помутнения на гл. дне ДЗН бледно-розовый, гр.четкие А:V 1:2 сосуды сужены, извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II, вены полнокровны. OS. рубец роговицы в оптической зоне, грубые помутнения задней капсулы. Гл. дно не офтальмоскопируется. Д-з: Рубец роговицы, осложненная артифакия, вторичная катаракта, оперировано расходящееся косоглазие OS.. Начальная катаракта, ангиопатия сетчатки ОД.

30.01.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен . Ритм синусовый,. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

01.02.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия, СН 0.

31.01.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7см3; лев. д. V = 3,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, единичные гидрофильные очаги до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: ципрофлоксацин 400 \*2р/д, Генсулин R, Генсулин Н, диалипон, тивомакс, актовегин, витаксон,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, продолжают беспокоить боли в области н/к, парестезии. АД 120/80 мм рт. ст. Проведена коррекция инсулинотерапии.

Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, решением отборочной комиссии, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай» № путевки 185088

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з-10 ед., Генсулин Н п/з 36 ед. п/у 10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 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. Ципрофлоксацин 400 мг 2р\д в течение 10 дней + флуконазол 1т. Контроль ОАК, ОАМ. При показаниях анализ мочи по Нечипоренко.
8. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*2р/д 3 нед.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ.
11. Рек. окулиста: конс. лазерного хирурга. Для решения вопроса лазеркоагуляции на OS.
12. Б/л серия. АГВ № 235612 с 30.01.17 по 08.02.17. продолжает болеть. С 09.02.17 б/л серия АГВ № 235613 на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай»

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В