#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1501

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

Год рождения: 1949

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Кушугум ул. Шевченко 25

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.10.18 по 20.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, впервые выявленный. Ацетонурия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, нижний парапарез. субатрофия глазного яблока, этителиально – эндоитальная дистрофия роговицы ОД. осложненная артифакия. Бельмо роговицы OS ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст хронический пиелонефрит, обострение. Ожирение Ш ст. (ИМТ 42 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз. Метаболическая кардиомиопатия. Фибрилляция предсердий. Постоянная форма СН II А. САГ II ст Дисциркуляторная дисметаболическая энцефалопатия II , когнитивное расстройства

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость

Краткий анамнез: ранее у эндокринолога не наблюдалась, в последние годы контроль гликемии не проводился. Доставлена СМП. Госпитализирована ургентно в обл. энд. диспансер. Глюкоза крови – 21,0 . Ацетон мочи – следы от 11.11.18

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.11 | 143 | 4,3 | 15,0 | 57 | |  | |  | 3 | 87 | 4 | | 6 | | |
| 16.11 | 126 | 3,8 | 9,8 | 50 | |  | | 2 | 3 | 70 | 19 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.11 |  |  |  |  |  | |  | 12,9 | 193 | 12,3 | 3,1 | 4,4 | | 0,34 | 0,63 |
| 12.11 |  | 4,5 | 1,59 | 1,07 | 2,7 | | 3,2 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 14.11 | 48 |  |  |  |  | |  | 11,6 | 177 |  |  |  | |  |  |

12.11.18 тропонин - отр

16.11.18 ТТГ – 2,6 (0,3-4,0) Мме/мл

11.11.18 АЧТЧ – 35,1 МНО – 1,65 ПТИ – 60,6 фибр – 8,0

13.10.18 Проба Реберга: креатинин крови-183 мкмоль/л; креатинин мочи- 7920 мкмоль/л; КФ- 27,4мл/мин; КР- 96,9 %

### 11.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – на все в п/зр белок – 0,26 ацетон –следы; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

12.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 1425000 - эритр - 2000 белок – 0,37

16.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк21500 - эритр - 250 белок – 0,158

13.11.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,366

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.11 |  |  |  | 21,0 | 14,4 |
| 13.11 | 7,8 | 8,5 | 9,4 | 8,2 | 10,3 |
| 15.11 | 11,2 | 10,3 | 9,1 | 10,6 |  |
| 16.11 | 10,3 | 13,3 | 10,6 | 10,4 |  |
| 17.11 | 7,7 | 8,7 | 6,5 | 7,4 |  |
| 18.11 | 6,8 | 6,9 | 9,4 | 8,2 |  |

12.11.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, нижний парапарез. Дисциркуляторная дисметаболическая энцефалопатия II , когнитивное расстройства. Данных за ОНМК нет

12.11.18 Окулист: ОД – субатрофия глазного яблока, тотальное помутнение. , дистрофия. OS - помутнение роговицы в центральной области, глубжележащие, отделы не видны. Со слов на ОД была травма. На OS – оперирован по поводу катаракты. ДЗ: субатрофия глазного яблока, этителиально – эндоитальная дистрофия роговицы ОД. осложненная артифакия. Бельмо роговицы OS

14.11.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

13.11.18 На р- гр ОГК: легкие без инфильтрации сердце – увеличены левые отделы.

14.11.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. Метаболическая кардиомиопатия. Фибрилляция предсердий. Постоянная форма СН II А. САГ II ст

Лечение: лефлок, ново-пасит, пирацетам, бисопролол, аспаркам, цефтриаксон, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р энтеросгель, нейрорубин, тиотриазолин ,ККБ, йогурт, диклофенак, фуросемид, актовегин, тималин, лесфаль, сермион, асафен, нейротропин, эссенциале,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, ввиду снижения СКФ таблетированные ССП не назначались, родственники обучены технике введения инсулина, ознакомлены с клиникой и принципами оказаниями первой помощи при гипогликемии, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-18-20 ед., п/уж -12-14 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Рек. кардиолога: дигоксин 250 мкг 1/4т веч , бисопрлол 2,5-5 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д аспирин кардио 100 мг 1р/д , клопидогерль 75 мг, при возможности варфарин 2,5-5 мг ( целевое МНО 2,0) или продакса 110 мг 2р/д.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес., сермион 30 мг, нейротропин 6,0 в/в кап № 10
9. Канефрон 2т 3р/д 1 мес, контроль ан мочи по Нечипоренко в динамике, при необходимости конс уролога по м/ж.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.