#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 339

##### Ф.И.О: Двоскина Сима Исааковна

Год рождения: 1948

Место жительства: г. Запорожье ул. Дзержинского 54-50

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 09.03.18 по 19.03.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма.. Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 0-1. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст . Дисциркуляторная энцефалопатия I, смешанного генеза церебрастенический с-м Частичная атрофия зрительного нерва. Артифакия, гемофтальм ОД. Вторичная плёнчатая катаракта OS.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения ОД,

боли в н/к, судороги, онемение ног,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. С 2005 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 10ед., Инсуман Базал п/з 24 ед, п/у 8 ед. НвАIс - 12% от 02.2018 . 05.03.17 Кетоны 5,0 ( 0-5) ммоль/л «Диасервис» . Повышение АД в течение 20 лет принимает хипотел 80 мг утром, индап 2,5 мг утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 12.03 | 149 | 5,0 | 7,6 | 19 | 0 | 1 | 55 | 41 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.03 | 72 | 8,32 | 1,87 | 1,14 | 6,32 | 6,3 | 3,8 | 98 | 9,9 | 2,4 | 4,8 | 0,28 | 0,28 |

13.03.18 Глик. гемоглобин -12,2 %

16.03 ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – 121,1 (0-30) МЕ/мл

12.03.18 К – 4,37 ; Nа –137 Са++ - 1,21С1 - 106 ммоль/л

10.03.18 ацетон 1+

С 11.03.18 ацетон - отр

### 13.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

15.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – отр

12.03.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 13.03.18 Микроальбуминурия –56,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.03 |  |  |  | 7,8 |  |
| 10.03 | 8,0 | 7,6 | 4,7 | 9,6 |  |
| 13.03 | 6,9 | 6,9 | 5,4 | 5,9 |  |
| 16.03 | 7,6 | 12,3 | 7,1 | 8,2 |  |
| 17.03 |  | 5,2 |  |  |  |

15.03.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). ДЭП 1 ст, смешанного генеза, церебрастенический с-м . Рек: адаптол 500 мг 2р/д.

16/03/18 Окулист^ VIS OD=движение руки у лица OS= 0,09 сф -1,0 =0,1

Гл. дно: вены полнокровны, выраженный ангиосклероз с-м Салюс II ст, микроаневризмы. Д-з: Частичная атрофия зрительного нерва. Артифакия, гемофтальм ОД. Вторичная плёнчатая катаракта OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОS. Рек: В –сканирование ОД. лазердисцизия плёнчатой катаракты на OS.

09.03.18 ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

16.03.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 0-1. САГ 2 ст.

Рек. кардиолога: арифон ретард 1т 1р/сут.

14.03.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

14.03.18РВГ: Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена .

15.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1 см3; лев. д. V = 6,1см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 . диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, мефармил, диалипон, тиоцетам, актовегин, кортексин, витаксон, ксилат, аторвакор ,кардиомагнил, хипотел, индап, этсет.

Состояние больного при выписке: За период стац лечения уровень гликемии соответствует целевым значениям, уменьшились боли в н/к. АД 130/90

Согласно постановлению КМУ о т23.03.16 № 239 п.4 «зрение с коррекцией меньше 0,4 на глаз, который лучше видит, показано введение инсулина шприц ручкой». Выдано 2 шприц ручки All Star.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид (пенф) п/з-10 ед.,., Инсуман Базал (пенф)п/з 24 ед, п/у 14 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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: хипотел 80 мг 1р/д, эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Рек окулиста: В –сканирование ОД. лазердисцизия плёнчатой катаракты на OS.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.