#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 63

##### Ф.И.О: Гонсировская Людмила Николаевна

Год рождения: 1945

Место жительства: г. Запорожье ,ул Магистральная 96а, кв 30

Место работы: КВ НПК «Искра», начальник бюро

Находился на лечении с 19.01.15 по 29 .01.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП ПОП. Вторичная люмбалгия, стадия ремиссии. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I Гипертоническая болезнь II cт II ст. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гастрит в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2007 переведена на инсулинотерапию: Лантус. С 20124 в связи с декомпенсацией к лечению добавлена Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдру п/з- 4ед., п/о- 5ед., п/у- 3ед., Лантус 22.00 – 18-20 ед. Гликемия –6,0-8,0 ммоль/л. НвАIс – 6,7 % от06.2014. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.01.15 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр –4,7 лейк – 4,7 СОЭ – 4мм/час

э- 0% п-0 % с- 57% л- 34% м- 9%

20.01.15 Биохимия: СКФ –63,2 мл./мин., хол – 7,0тригл -1,33 ХСЛПВП – 1,28ХСЛПНП -5,1 Катер 4,46- мочевина –6,3 креатинин – 79,2 бил общ –14,1 бил пр –3,5 тим –3,44 АСТ –0,61 АЛТ – 0,39 ммоль/л;

22.01.15 АСТ – 0,52 АЛТ – 0,55

21.01.15 Глик. гемоглобин – 8,9%

20.01.15 Анализ крови на RW- отр

### 20.01.15 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - едв п/зр

22.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр -500 белок – 0,027

26.01.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

21.01.15 Суточная глюкозурия – 0,42%; Суточная протеинурия – отр

##### 23.01.15 Микроальбуминурия – 46,8мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.01 | 3,3 | 7,7 | 5,7 | 6,9 |
| 22.01 | 5,7 | 7,7 | 7,8 | 3,3 |
| 26.01 | 6,6 | 5,4 | 5,4 | 9,8 |
| 27.01 |  |  |  | 5,4 |

21.01.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП ПОП. Вторичная люмбалгия ,стадия ремиссии.

19.01.15Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,7

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

19.01.15ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

21.01.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I Гипертоническая болезнь II cт II ст.

20.01.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.01.15 гастроэнтеролог: Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гастрит в стадии обострения.

21.01.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

21.01.15Допплерография: ЛПИ справа – 1,2, ЛПИ слева –1,2 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

21.01.15 Р-скопия ЖКТ: хронический гастрит Хронический панкреатит.

19.01.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,4 см3; лев. д. V = 2,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: медитан, розувастатин, де-нол, фосфалюгель, пангрол, берлитион, актовегин, витаксон, Эпайдра, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 4-6ед., п/о- 5-7ед., п/уж – 3-5ед., Лантус 18.00 20-22 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: арифон ретарт 1т 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. ЭХО КС в динамике.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., медитан 300 мг 2р\д 2 нед.
5. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д,.
6. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, де нол (вис-нол) 1т 2р\д за 30 мин до еды 2 нед, фосфалюгель 1п 3р\д через 20-30 мин после еды 2 нед., пангрол 10 тыс 1 т 3р\д во время еды 2 нед.
7. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
8. Б/л серия. АГВ № 234705 с 19.01.15 по 29.01.15. К труду 30.01.15.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.