#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1615

##### Ф.И.О: Скрипник Любовь Борисовна

Год рождения: 1956

Место жительства: Запорожский р-н, с. Степное, ул Первомайская 16

Место работы: пенсионер, инв 2 гр

Находился на лечении с 06.12.13 по 19.12.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая нефропатия V ст. ХБП IIIст. Незрелая катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешанная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. ИБС, стенокардия напряжения III, постинфарктный кардиосклероз( март 2013), СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышку при физ. нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . В 2012г переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 20ед., п/у- 12ед. Гликемия – 12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 12 лет. В мае 2013 перенесла о. инфаркт миокарда. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.12.13Общ. ан. крови Нв – 111г/л эритр – 3,5лейк – 4,2СОЭ – 46мм/час

э- 1% п-5 % с-51 % л-35 % м-8 %

10.12.13Биохимия: СКФ –42,3 мл./мин., хол –5,59 тригл – 2,14ХСЛПВП – 1,53 ХСЛПНП – 3,09 Катер – 2,7мочевина – 15,5креатинин – 200 бил общ – 12,7бил пр – 3,1 тим – 1,6 АСТ – 0,18 АЛТ – 0,46 ммоль/л;

11.12.13Анализ крови на RW- отр

13.12.13ТТГ – 2,0(0,3-4,0) Мме/л

18.12.13мочевина – 15,0 креатинин – 198 , СКФ 42 мл/мин

11.12.13общ. белок – 68,2 г/л; К – 4,4 ; Nа – 148 ммоль/л

### 10.12.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 8-10-12в п/зр белок – 1,62отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; ц.зер.- 0-2 в п\зр

12.12.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - 1500 белок – 1,28

17.12.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000эритр -500 белок – 1,06

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.12 | 8,6 | 11,1 | 12,3 | 11,8 |
| 13.12 | 10,5 | 12,3 | 13,2 | 13,1 |
| 15.12 | 7,8 | 13,2 | 9,8 | 10,4 |
| 18.12 | 7,7  10.00-8,7 | 10,0 | 5,8 | 9,6 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешанная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м.

Окулист: VIS OD= 0,1н\к OS= движение у руки ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно под флером. Границы четкие. Множественные микроаневризмы, микрогеморрагии. Ретинальные кровоизлияния. Артерии сужены, склерозированы. Аномалии венозных сосудов (извитость, значительное колебания калибра). Фиброзная ткань в области преретинальных кровоизлияний. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда переднебоковой области.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения III, постинфарктный кардиосклероз( март 2013), СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, МКБ, микролиты обеих почек, артериальная гипертензия. СН II А ф.кл. III.

РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

Допплерография: ЛПИ справа – 1,05, ЛПИ слева –1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия мелких конкрементов, микролитов в почках.

Лечение: кардикет, лозап, трифас, фозиноприл, верошпирон, Фармасулин НNР, амлодипин, физиотенс, бисостад, атакор, пингель, кардиомагнил, кардикет, лизиноприл, фенигидин, де-нол, тиогамма, витаксон, солкосерил, дибазол, папаверин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. Сохраянется склонность к гипертонии до АД170\100 мм рт. ст., наблюдение кардиолога по м\жительства. Учитывая наличие у больной Незрелая катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. VIS OD= 0,1н\к OS= движение у руки , больной показано введение инсулина при помощи шприц-ручки.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гематолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР(пенф) п/з- 28 ед., п/у-16 ед., Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., пингель, трифас 20 г\сутки 4дня, затем по 10 мг\сутки, физиотенс 0,2мг утром, 0,4 вечером, кардикет 20\*2 \день, фозиноприл 20 мг\сутки. Контроль АД, ЭКГ ч\з 3-4ед.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: цераксон 0,5 2р\день 1,5 мес., тритико 50мг начальная доза, затем до 150-200 мг\сут, 3-6 мес вечером.
9. УЗИ щит. железы.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д.
11. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., конс. лазерного хирурга.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.