#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1390

##### Ф.И.О: Шишкова Анна Ивановна

Год рождения: 1946

Место жительства: г. Запорожье ,у л Степная 26-2

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 10.11.14 по 24.11.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, субкомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия в/к и н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ДЭП II. сочетанного генез. Вестибуло-атактический с-м, тревожный с-м. Когнитивное снижение легкой степени. ДДПП ШОП вторичный плече-лопаточный периартроз правого плечевого сустава. ИБС, стенокардия напряжения II cт. СН II А ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышку при физ. нагрузке, эмоциональную лабильность, выраженное онемение в/к, тяжесть и боли в области поясницы, слабость, утомляемость, отеки лица и конечностей.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, сиофор, глюкофаж) С 2001 инсулинотерапия. Принимала различные виды инсулина. В связи со стойкой декомпенсацией была переведена на Актрапид НМ, Лантус. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о-14 ед., п/у-16 ед., Лантус п/о – 60 ед.; метамин п/з 1000, п/у 500 мг. Гликемия –9,5 ммоль/л. НвАIс – 8,4 % от 31.10.14. Последнее стац. лечение в 01.2014г. Боли в н/к в течение 8 лет. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает. Гипотиреоз с 1986 постоянно заместительная терапия. В настоящее время принимает L-тироксин 200 мкг/сут. ТТГ 7,4 ( 0,3-4,0) от 17.01.14. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.11.14 Общ. ан. крови Нв – 130 г/л эритр –4,1 лейк – 4,6 СОЭ – 45мм/час

э- 1% п- 0% с- 61% л-36 % м- 2%

18.11.14 Общ. ан. крови Нв – 145 г/л эритр –4,5 лейк – 4,1 СОЭ – 17мм/час

э- 2% п- 2% с- 56% л-32 % м- 8%

18.11.14 Биохимия: СКФ –57,63 мл./мин., хол –5,8 тригл – 2,67ХСЛПВП 1,21 ХСЛПНП -3,37 Катер -3,8 мочевина –11,3 креатинин – 112,8 бил общ –14,8 бил пр –3,8 тим – 5,8 АСТ – 0,34 АЛТ – 0,56 ммоль/л;

11.11.14 Анализ крови на RW- отр

14.11.14 ТТГ – 4,2 (0,3-4,0) Мме/л

14.11.14 К – 3,88 ; Nа –135 Са – 2,44 ммоль/л

### 11.11.14 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 1-2 в п/зр белок –0,100 ацетон –отр эпит. пл. ед; эпит. перех. ед в п/зр

12.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 0,069белок – отр

13.11.14 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – 0,075

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.11 | 6,1 | 11,4 | 5,6 | 4,7 |
| 14.11 | 6,4 | 7,3 | 7,6 | 12,7 |
| 19.11 | 5,9 | 8,2 | 10,7 | 11,0 |
| 20.11 |  |  | 8,9 | 8,9 |
| 21.11 | 6,3 |  |  |  |

11.14Нефролог:

10.11.14Невропатолог: ДЭП II. сочетанного генез. Вестибуло-атактический с-м, тревожный с-м. Когнитивное снижение легкой степени. ДДПП ШОП вторичный плече-лопаточный периартроз правого плечевого сустава. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия в/к и н/к IIст, сенсомоторная форма.

11.14.11Окулист: Осмотр в палате

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, эксудаты. Д-з:. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

10.11.14ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

11.11.14Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II cт. СН II А ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

11.11.14 осмотр ас каф Ткаченко О.В. диагноз см выше.

11.11.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.11.14 ФГ№ 82509: обогащение легочного рисунка в н/отд. Корни малоструктурны. Сердце – увеличен левый желудочек.

11.11.14РВГ: Нарушение кровообращения справа II-Ш, слева – II ст. с, тонус сосудов повышен.

11.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 0,9 см3; лев. д. V = 0,1 см3

Размеры железы меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диалипон в/в кап, актовегин в/в, нуклео ЦМФ в/м, нейромидин в/м, эутирокс таб, глюкофаж таб, эналаприл таб, небилет таб, ципринол та, трифас таб, небилет таб., торвакард таб, Актрапид НМ, Лантус, пироцетам в/в, аспекард таб.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, гипотиреоз компенсирован, уменьшились боли в конечностях. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-16-18 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -16-18 ед., Лантус п/о 60-62 ед

диаформин (сиофор, глюкофаж) п/з1000 – п/о 500 мг

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурия 1р в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (торвакард 20 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: престариум 10 мг 1р/сут, трифас 5-10 мг, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., кардиомагнил 75мг 1т. веч. при болях в сердце изокет спрей. При недостаточном снижении АД амлодипин 5-10 мг. Контроль АД, ЭКГ.
5. Рек асс. каф Ткаченко О.В.: торвакард 20 мг 1т на ночь, кардиомагинл 75 мг веч, индап 2,5 мг 1т/утром, диротон ( эналаприл) 10 мг 2р\д, бисопролол 5 мг в обед (или небилет 2,5 -5 мг), трифас 1т утром 2/нед.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес, витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
7. Рек. невропатолога: лирика 75 мг веч.
8. L-тироксин 200 мкг утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ ч/з 6 мес.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д, офтан катахром 2к. \*3р/д.
10. 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.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.