#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1568

##### Ф.И.О: Ананьева Татьяна Борисовна

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. Железнодорожная 4-15

Место работы: ГКП «основание» инженер по охране труда, инв Ш гр

Находился на лечении с 16.12.15 по 28.12.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II преимущественно в ВБС, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника (грыжа д2-S1 протрудия L1-L5) дегенеративный стеноз (L4-L1) билатеральная любоишалгия, хроническое рецидивирующее речение в стадии нестойкой ремиссии. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 1 ст. Узел правой доли. Эутиреоз. Послеоперационная вентральная грыжа.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение чувствительности, отеки н/к, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли по ходу позвоночника, гипогликемические состояния 1-2 р/мес.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2008г в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-50 ед., п/у- 50ед., сиофор 1000 2р/д. Гликемия –3,4 -12,4 ммоль/л.Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 8 лет. Повышение АД с 28 летнего возраста. Из гипотензивных принимает ко-пренесса 8 мг, бисопролол 10 мг утром. Узловой зоб выявлен с 2012. АТТПО – 17,3 АТТГ – 10,0 от 2009. В 2014 ТАПБ узла (заключение на руках). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.12.15 Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр –4,2 лейк –6,4 СОЭ – 10 мм/час

э- 1% п-0 % с- 68% л-27 % м- 4%

17.12.15 Биохимия: СКФ –143 мл./мин., хол –5,62 тригл -1,10 ХСЛПВП -1,10 ХСЛПНП -4,07 Катер -4,3 мочевина –3,0 креатинин –61,2 бил общ –11,8 бил пр –2,9 тим – 0,56 АСТ – 0,16АЛТ –0,16 ммоль/л;

18.12.15 ТТГ –2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

### 17.12.15 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

22.12.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

21.12.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 25.12.15 Микроальбуминурия – 174,2мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.12 | 3,9 | 6,9 | 9,7 | 6,8 |
| 18.12 | 7,1 |  |  |  |
| 21.12 | 7,5 | 8,4 | 8,8 | 13,6 |
| 24.12 | 8,4 |  | 7,9 | 10,1 |
| 25.12 |  | 8,2 |  |  |
| 26.12 | 8,1 |  |  | 6,3 |

16.12.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II преимущественно в ВБС, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника (грыжа д2-S1 протрузия L1-L5) дегенеративный стеноз (L4-L1) билатеральная любоишалгия, хроническое рецидивирующее речение в стадии нестойкой ремиссии.

17.12.15Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,7

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

16.12.15ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

21.12.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

28.12.15Нефролог: ХБП Iст.: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритом в ст.ремиссии , артериальная гипертензия.

15.12.5Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.12.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

25.12.15 Хирург: Послеоперационная вентральная грыжа.

23.12.15Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II преимущественно в ВБС, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника (грыжа д2-S1 протрузия L1-L5) дегенеративный стеноз (L4-L1) билатеральная любоишалгия, хроническое рецидивирующее речение в стадии нестойкой ремиссии. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 1 ст. Узел правой доли. Эутиреоз

17.12.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 24,5 см3; лев. д. V = 3,4 см3

Щит. железа увеличена за счет правой доли, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.

В пр. доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 3,78 \*2,32 см. с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, ко-пренесса, бисопролол, сиофор, пентоксифиллин, диалипон, витаксон, медостад комб.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-50-52 ед., п/уж -50-52ед

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) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: амлодипин 5-10 мг 1р\сут, нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес..
6. Рек. невропатолога: тагиста (вестибо) 24 мг 2р\д 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Конс эндокринного хирурга.
8. Рек нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.
9. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д.
10. Рек асс.каф. терапии и клин. фармакологии Ткаченко О.В: к лечению добавить амлодипин 5-10 мг 1р\сут, при недостаточном антиангинальном эффекте мононитросид 2-3 т/сут под контролем АД. Кардиомагнил 75 мг сут, розувастатин 10 мг/сут, дообследование МРТ сосудов сердца.
11. Рек хирурга: плановое оперативное лечение.
12. Б/л серия. АГВ № 235113 с 16.12.15 по 28.12.15. К труду 29.12.15.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.