#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 976

##### Ф.И.О: Головань Нина Дмитриевна

Год рождения: 1960

Место жительства: Пологовский р-н, ул. Пролетарская 164-54

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 16.08.16 по 01.09.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма,декомпенсация. Начальная катаракта ОИ, препролиферативная диабетическая ретинопатия, состояние после лазеркоагуляции, гиперметропия сл. степени ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к, ХВН 1 ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Метаболическая кардиомиопатия СН II А ф.кл. II. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), вестибуло-атактический с-м, цефалгический с-м. Двухстороння хроническая сенсоневральная тугоухость. Ожирение Ш ст. (ИМТ 43кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, рецидив диффузного зоба II ст. Послеоперацонный гипотиреоз, средней тяжести, декомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в эпигастральной области, зябкость стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2005 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию (Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р) в сочетании с метформином. С 2009 - Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 30ед., п/у-25 ед., метамин SR 1000 2р/д. Гликемия –7,0-11 ммоль/л. НвАIс – 9,1 % от 2015. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает тенорик, корвитол, эналазид, аспаркам. В 1998 в связи с узловым зобом произведена струмэктомия В 2005 ТАПБ – «АИТ» Тиреоидную терапия принимала непродолжительное время. С 2013 прогрессирующее ухудшение зрения, лазеркоагуляция сетчатки, гемофтальм. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.08.16 Общ. ан. крови Нв – 110г/л эритр – 3,3 лейк – 5,3 СОЭ –5 мм/час

э- 0% п- 0% с- 57% л- 41 % м-2 %

17.08.16 Биохимия: СКФ –95 мл./мин., хол –7,3 тригл – 2,75 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП – 4,82Катер -4,9 мочевина –9,67 креатинин –116 бил общ –9,4 бил пр –2,2 тим –1,08 АСТ – 0,17 АЛТ –0,24 ммоль/л;

25.08.16 Анализ крови на RW- отр

23.08.16 С- реакт. белок – отр.

19.08.16 Глик. гемоглобин – 9,3%

29.08.16 Железо – 12,2 мкмоль\л (10,7-32,2)

19.08.16 ТТГ – 7,1 (0,3-4,0) Мме/мл

### 22.08.16 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

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

19.08.16 Суточная глюкозурия – 0,8 %; Суточная протеинурия – 0,109

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.08 | 5,8 | 5,5 | 4,7 | 9,9 | 8,5 |
| 21.08 | 7,8 | 10,3 | 6,8 | 8,7 | 6,3 |
| 29.08 | 6,4 | 7,6 | 6,0 | 5,5 |  |

22.08.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) ,вестибуло-атактический с-м, цефалгический с-м.

17.08.16Окулист: VIS OD= 0,1+1,0=0,6 OS= 0,1+2,0=0,6 ; ВГД OD= 21 OS=18

В хрусталике начальные радиальные помутнения. На гл. дне: ДЗН бледно-розовые, гр. четкие, сосуды узкие, извиты, микроаневризмы. Множественные постлазерные дистрофические очаги, слева в макулярной области твердые экссудаты, справа рефлекс сохранен. Д-з: Начальная катаракта ОИ, препролиферативная диабетическая ретинопатия, состояние после лазеркоагуляции гиперметропии сл степени ОИ.

16.08.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

31.08.16ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

18.08.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Метаболическая кардиомиопатия СН II А ф.кл. II.

19.08.16ЭХО КС: КДР- 4,9см; КСР- 3,2см; ФВ-61 %; просвет корня аорты – 3,0см; ПЛП – 3,7 см; МЖП – 1,24 см; ЗСЛЖ –1,26 см; ППЖ- 2,6см; По ЭХО КС: Эхопризнаки умеренной гипертрофии ЛЖ, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 1 ст на МК и ТК, склеротических изменений створок МК, АК и стенок аорты.

17.08.16РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

25.08.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-3ст с увеличением её размеров, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; функционального раздражения кишечника. Наличия краевой кисты правой почки, мелких конкрементов в почках, без нарушения урокинетики.

29.08.16 Дупл. сканирование брах. артерий: Эхопризнаки метаболической, гипертонической ангиопатии (S-обр. извитость левой ОСА, С-образной извитости ПА с двух сторон), дистонического типа венозного оттока в ВЯВ с двух сторон.

29.08.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.варикозная болезнь н/к, ХВН 1 ст.

30.08.16 ЛОР: Двухстороння хроническая сенсоневральная тугоухость.

16.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 15,3 см3; лев. д. V = 2,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNР,мефармил, тиоктацид, тивортин, эссенциале, луцетам, нейрорубин, L-лизин эсцинат, эналазид, тенорик, торсид, престариум, карведилол, L-тироксин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к, сохраняется общая слабость, выраженная слабость в мышцах конечностей, шаткость при ходьбе, головокружение, снижение слуха. АД 130/80 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: Фармасулин НNР п/з-28-30 ед., , п/уж – 26-28ед.,

Мефармил (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут. выдан на 1 мес.

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: престариум 10 мг, трифас 10 мг, аспирин кардио (кардиомагнил), карведилол 3,125 мг/сут. Контроль АД, ЭКГ.
5. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: кавинтон форте 1т 2р\сут 1 мес.
7. L-тироксин (эутирокс) 50 мкг утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ через 2-3 мес для коррекции дозы
8. Рек ЛОР: бетасерк 24 мг 1т 2р\д 1 мес, нейровитан 1т 3р\д 1 мес 2р/год. Контроль аудиограммы.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.