#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1133

##### Ф.И.О: Григоренко Тамара Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье ул. Вахтина 49

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 20.09.16 по 05.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия OS. Бельмо роговицы ОД. ИБС, стенокардия напряжения II-Ш, п/инфарктный (2009, 2013, 2016) кардиосклероз. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза вестибуло-атактический с-м. Вертеброгенная торакалгия, мышечно-тонический, болевой с-м. Смешанный зоб II ст. узлы обеих долей и перешейка. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 37 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 140/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2007 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию, назначался метформин, но с 2013 прекратила самостоятельно прием, т.к. отмечала вздутие живота, неустойчивый стул. Непродолжительное время принимала форксигу. В 06.2015 – инфицированная рана 1п правой стопы. Ранее получала инсулинотерапию в 4х кратном режиме. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-22 ед., п/у- 22ед., Протафан НМ п/з 62 ед, п/у 62 ед. Гликемия –18,5-20,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 13 лет. Инфаркты миокарда 2003, 2013, 06.2016. Смешанный зоб, узлы обеих долей и перешейка с 2014. АТТПО (2014) – 26,1 мМЕ/мл (0-30); ТТГ (2015) 0,4 мМЕ/мл (0,3-4,0); Т4св (2015) – 15,9 ( 10-25). 06.2014 ТАПБ щит. железы : цитологическая картина пунктатов перешейка соответствует узловому зобу с аденоматозной гиперплазией фолликулярного эпителия, с участками кистозной дегенерацией узла. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.09.16 Общ. ан. крови Нв –156 г/л эритр –4,7 лейк – 7,0 СОЭ – 4 мм/час

э- 1% п- 1% с-49 % л- 46% м- 3%

04.09.16 Общ. ан. крови Нв –136 г/л эритр –4,0 лейк –7,0 СОЭ – 26 мм/час

э- 0% п- 0% с- 75% л- 23% м-2 %

05.09.16 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр –4,1 лейк –6,3 СОЭ – 13 мм/час

э- 0% п- 0% с- 51% л- 45% м-4 %

21.09.16 Биохимия: СКФ –83 мл./мин., хол –5,4 тригл -1,75 ХСЛПВП – 1,16ХСЛПНП -3,4 Катер 3,6 мочевина –4,5 креатинин –91,6 бил общ –10,2 бил пр –2,6 тим – АСТ –0,42 АЛТ –0,32 ммоль/л;

23.09.16 Глик. гемоглобин -12,2 %

23.09.16ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/мл

21.09.16 К – 4,38 ; Nа –150 Са 2,0 ммоль/л

### 21.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

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

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

23.09.16 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 23.09.16 Микроальбуминурия – 57,8мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.09 |  |  | 14,7 |  |
| 22.09 | 11,4 | 13,0 | 10,2 | 12,0 |
| 25.09 | 10,5 | 12,8 | 13,7 | 13,9 |
| 28.09 | 8,6 | 13,0 | 12,6 | 17,2 |
| 30.09 | 12,0 | 13,5 | 15,5 | 17,8 |
| 02.10 | 13,5 | 12,2 | 12,5 | 11,0 |
| 04.10 | 12,3 | 11,7 |  | 14,1 |

03.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза вестибуло-атактический с-м. Вертеброгенная торакалгия, мышечно-тонический, болевой с-м.

21.09.16Окулист: ОД – бельмо роговицы, пальпаторно ВГД (-). OS - артифакия положение ИОЛ правильное. Гл. дно под флером (глиозные изменения сетчатки).. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия OS. Бельмо роговицы ОД.

20.09.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Рубец по задней стенке. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

03.10.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Рубец по задней стенке. Гипертрофия левого желудочка.

20.09.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II-Ш, п/инфарктный (2009, 2013, 2016) кардиосклероз. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

28.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.10.16. хирург: ДДПП грудного, поясничного отделов, обострение. Боевой с-м. Невралгия межреберных нервов. Хронический гастрит обострение? Хронический панкреатит с ферментативной недостаточностью.

21.09.16РВГ: Нарушение кровообращения справа 1 ст слева – N, тонус сосудов N.

24.09.16. На р-гр стоп признаки субхондрального склероза в межфаланговых с-вах в 1х плюснефаланговых с-вах обеих стоп. Деструктивных изменений не выявлено.

20.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,1 см3; лев. д. V =8,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная. В пр доле в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,3\*3,2 см (2015- 1,26\*1,06). В левой доле в в/3 такой же узел 1,2\*1,0 см.(2015-1,36\*1,0). В перешейке слева гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,69\*1,19 (2015-1,41\*1,0). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей и перешейка

Лечение: фенигидин, валериана, каптоприл, энтеросгель, омез, панкреатин, предуктал MR, олфен, Актрапид НМ, Протафан НМ, дикор-лонг, стоп-пресс, бисопролол, конкор, паноцид, розукард, симбикорт, магнерот, кортексин, эспа-липон, актовегин, мексикор, верапамил, торсид, валериана, пангрол, лоспирил, никсар, акард, анальгин.

Состояние больного при выписке: СД некомпенсирован, от изменения схемы инсулинотерапии отказывается, диету не соблюдает, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-150/90 мм рт. ст. Сохраняется сухой кашель в ночное время и в положении лежа, вздутие живота, периодически боли в подреберьях.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-23-25 ед., п/уж -23-25 ед., Протафан НМп/з-62-64 ед., п/уж 62-64ед.,

глюкофаж (метфогамма, диаформин сиофор, ) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: карведилол 6,25мг утр. кардикет 20 мг веч. предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., аспирин кардио 100 мг\сут, клопидогрель 75 мг \сут, нолипрел форте 1т\сут. Контроль АД ЧСС, ЭКГ.
4. Эспа-липон (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.
5. Рек. невропатолога: магнерот 2т на ночь при судорогах, мидокалм 150 мг 2р\д 10 дней. олфен 2,0 в/м № 7
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек. окулиста: осмотр в динамике.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.