#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 987

##### Ф.И.О: Гармаш Татьяна Николаевна

Год рождения: 1951.

Место жительства: Веселовский р-н, пгт. Веселое ул. Шевченко 29-6

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 22.08.16 по 07.09.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Начальная катаракта ОИ, макулопатия, ангиопатия сетчатки, гиперметропия сл. степени ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. без систолической дисфункции. Риск 4 Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. ТИА в ВББ (2003, 2008), вестибуло-атактический с-м. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гастрит, стадия нестойкой ремиссии. Саркоидоз легких и внутригрудных лимфоузлов II ст, состояние после операции: биопсии левого легкого ( 19.04.16). ЛН 1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 23 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст, вздутие живота, выраженная потливость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Диаформин XR 1000\*2р/д, диапирид 4 мг утром, канаглифлозид/плацебо 1т утром. Гликемия –5,4-17,0 ммоль/л. НвАIс - 11,3% от 07.2016. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50-100, коронал 5 мг .В 03.2016 выявлен саркоидоз легких, с 05.05.16 принимает глюкокортикоиды, в настоящее время доза медрола 16 мг. Гипергликемию связывает с приемом глюкокортикоидов. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.08.16 Общ. ан. крови Нв –135 г/л эритр – 4,0 лейк – 7,3 СОЭ –15 мм/час

э- 0% п-0 % с- 61% л- 34 % м- 5%

23.08.16 Биохимия: СКФ –79 мл./мин., хол –4,25 тригл – 1,8ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП 2,3- Катер -2,9 мочевина –6,9 креатинин –78 бил общ –17,0 бил пр –4,1 тим –2,2 АСТ – 0,92 АЛТ – 3,4 ммоль/л;

30.08.16 Биохимия: бил общ – 13,8 бил пр 3,5– тим –1,44 АСТ – 0,57 АЛТ – 1,48 ммоль/л;

23.08.16 Глик. гемоглобин -11,7 %

23.08.16 Анализ крови на RW- отр

30.08.16 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

26.08.16 К – 3,83; Nа –1,37 Са – 2,1 ммоль/л

### 23.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,032 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

26.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -13000 эритр - 500 белок – отр

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

25.08.16 Суточная глюкозурия – 4,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 26.08.16 Микроальбуминурия – 110,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.08 | 5,4 | 12,7 |  |  |  |
| 24.08 | 6,5 | 11,6 | 15,3 | 15,0 | 11,3 |
| 27.08 |  | 8,4 | 15,1 |  |  |
| 28.08 | 5,3 | 9,8 | 13,5 | 11,9 |  |
| 30.08 | 5,4 | 5,7 | 9,8 | 9,6 |  |
| 02.09 | 5,0 | 9,2 | 15,8 | 13,9 |  |
| 04.09 | 5,3 | 8,3 | 10,9 | 14,1 | 11,4 |
| 05.09 |  |  | 17,5 |  |  |
| 06.08 | 6,5 | 6,9 13.00-8,0 | 10,7 | 10,2 |  |
| 07.08 | 6,9 |  |  |  |  |

25.08.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. ТИА в ВББ (2003, 2008), вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

25.08.16Окулист: VIS OD= 0,8+1,25=1,0 OS= 0,9+1,0=0,9-10, ; ВГД OD= 19 OS=19

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 2:3, сосуды сужены, умеренно извиты, склерозированы. Салюс I-II. Д-з: Начальная катаракта ОИ , макулопатия, ангиопатия сетчатки, гиперметропия сл. степени ОИ.

23.08.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена С-м укороченного PQ.

07.09.16ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм снижен. Эл. ось не отклонена Диффузные изменения миокарда

25.08.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. без систолической дисфункции. Риск 4

26.08.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.09.16 Нефролог: ХБП I ст.: пиелонефрит в стадии обострения.

06.07.16Пульмонолог: Саркоидоз легких и внутригрудных лимфоузлов II ст, состояние после операции: биопсии левого легкого ( 19.04.16). ЛН 1 ст.

01.09.16Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Саркоидоз легких, гормонозависимая форма . Хронический гастрит, стадия нестойкой ремиссии. .

23.08.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

25.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,6 см3; лев. д. V = 4,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диаформин, диапирид, канаглифлозид/плацебо, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, лозап, коронал, медрол, делагил, проксиум, ципрофлоксацин, флуконазол, йогурт.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован на 3х кратном введении инсулина, при переводе на Инсуман Базал отмечается гипергликемия во второй половине дня, уменьшились боли в н/к, слабость. Улучшились показатели печеночных проб. 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: Инсуман Базал п/з-28 ед., Инсуман Рапид п/з 8-10 ед. п/о – 6-8 ед, п/у 6-8 ед.

диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/у.

канаглифлозид 300мг/плацебо 1т утром.

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: лозап 50-100 мг 1р/сут. Контроль АД, ЭКГ.
5. Лозап 50 мг сут, коронал 5 мг утром. Контр. АД.
6. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., мильгамма 2,0 в/м , кортексин 10 мг в\м № 10, цераксон 1000 мг в\в кап № 10. Арлеверт 1т 3р/д 1 мес .
7. Анализ крови на ТТГ, АТТПО, с послед. конс. эндокринолога. УЗИ щит. железы 1р. в год.
8. Рек. нефролога: показан прием а/бактериальных препаратов фторхинолонового ряда до 10 дней. При нормализации ан. мочи прием канефрона 2т 3р\д 1мес 3-4 курса в год. Контроль ан. мочи.
9. Рек гастроэнтеролога: стол № 5, режим питания, гепавал (гепадиф) 1т 2р\д 2-3 мес, проксиум 40 мг 1т/сут до еды длительно, гастронорм (де-нол) 2т 2р\д за 30 мин до еды 10-12 дней. Контроль печеночных проб.
10. Рек пульмонолога: медрол 16 мг 2 нед с послед. конс. пульмонолога, делагил 1т 2р\д, гепатопротекторы. Контроль клинических и биохимических показателей крови 1р в 7-10 дней. ЭКГ контроль , р-н контроль легких,
11. Продолжить лечение у пульмонолога.
12. После отмены глюкортикоидов нуждается в дальнейшей коррекции сахароснижающей терапии.

##### 

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.