#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1025

##### Ф.И.О: Шварцберг Ирина Геннадиевна

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Запорожье ул пер. Совхозный 2-3

Место работы: КУ «Запорожская станция ЭСМП» ЗОС,фельдшер

Находился на лечении с 18.07.17 по 03 .08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1 ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 19кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая крадиомиопатия СН 0. ДДПП ПОП вертеброгенная люмблгия в ст ремиссии. Миопия сл. степени ср. степени миопический астигматизм

Жалобы при поступлении на снижение веса на 15 кг за год, общую слабость, быструю утомляемость, отеки стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: диапирид 4 м, утром + 2 мг веч, глюкофаж 500 2р/д . глик гемоглобин – 13,9%.Гликемия –19 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 19.07 | 135 | 4,0 | 5,3 | 13 | 1 | 0 | 62 | 33 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.07 | 79 | 5,0 | 2,49 | 1,38 | 2,48 | 2,6 | 3,6 | 71,5 | 9,8 | 2,1 | 5,3 | 0,17 | 0,32 |

21.07.17 Анализ крови на RW- отр

21.07.17ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –7,1 (0-30) МЕ/мл

19.07.17 К – 4,12 ; Nа – 137 Са - Са++ -1,37 С1 - 98 ммоль/л

### 19.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

24.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000эритр - 1500 белок – отр

20.07.17 Суточная глюкозурия – 2,7 Суточная протеинурия – 0,065

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.07 |  |  | 10,4 |  |  |
| 19.07 | 11,1 | 12,3 | 11,5 | 13,8 | 14,1 |
| 21.07 | 7,5 | 10, | 9,7 |  |  |
| 23.07 | 5,0 | 13,2 | 11,6 | 13,1 |  |
| 26.07 | 4,1 | 3,7 | 9,5 | 2,9 |  |
| 28.07 | 5,4 | 9,0 | 11,9 | 7,5 |  |
| 30.07 | 4,1 | 5,5 | 12,0 | 7,3 |  |
| 31.07 |  |  | 7,4 |  |  |
| 01.08 | 3,4 | 11,2 | 9,7 | 6,8 |  |
| 02.08 | 4,7 | 5,2 | 11,6 | 7,6 |  |

Невропатолог: ДДПП ПОП вертеброгенная люмблгия в ст. ремиссии. Диабетическая полинейропатия н/к сенсомоторная форма. Рек : келтикан 1т 3р/д

20.7.17 Окулист: VIS OD=0,4сф- 1,75 д=1,0 OS=0,1-0,2сф - 3,5 цил-1,0д=0,8-0,9 Факосклеоз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3, сосуды умеренно сужены начальные проявления ангиосклероз. В макуле б/о. Д-з: Миопия средней степени, миопический астигматизм OS .

18.07.17ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Высокие з. Т V 4-5

20.7.17Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 1. предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.07.7 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. 1 ст

07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

20.07.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; краевой кисты левой почки, мелких конкрементов почках без нарущения урокинетики.

24.07.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 15,7 см3; лев. д. V =12,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, лесфаль, тиомакс, антраль, тиогамма, диапирид,, глюкофаж,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Б/л серия. АГВ № 2358 с .07.17 по .07.17. к труду .07.17

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.