#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1075

##### Ф.И.О: Северин Людмила Николаевна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Бердянск ул, Чайкиной 30

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 27.07.17 по 09.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Выберите элемент.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на выраженные боли в н/к, больше правой, онемение тяжесть в ногах, сухость во рту, жажду, учащенный диурез ухудшение зрения на ОИ, боли в сердце сжимающего характера, одышка при ходьбе до 800 м. снижение веса на 12 кг за год, повышение АД макс. до 220/100 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г при обследовании по поводу бронхита, выявоена гипергликемия 7,0 ммоль/л. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диабетон MR + симфор). В последующем принимала диабетон MR 120 мг, эпизодически к лечению добавляет мефармил 1000-200/сут. НвАIс – 10,3 %.. Повышение АД в течение 13 лет. Из гипотензивных принимает …

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 |
| 28.07 | 166 | 5,0 | 6,4 | 6 | 1 | 1 | 64 | 31 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 28.07.17 | 58,4 | 4,23 | 2,36 | 1,19 | 1,96 | 3,0 | 4,4 | 78,1 | 14,0 | 3,1 | 1,7 | 0,32 | 0,42 |

04.08.17 ТТГ –2,6 (0,3-4,0) Мме/млАТ ТПО –142,0 (0-30) МЕ/мл

26.07.17 Глик. гемоглобин -10,3 %

28.07.17 К – 3,8 ; Nа –147,2 Са - Са++1,06 - С1 - 104ммоль/л

31.07.17 Проба Реберга: креатинин крови-68,7 мкмоль/л; креатинин мочи- 4510 мкмоль/л; КФ- 78,8мл/мин; КР- 98,5%

### 28.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 4-5-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

1.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 11500 эритр - белок – отр

31.07.17 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – 0,046

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28,07 | 10,8 | 13,4 | 13,8 | 15,2 |  |
| 30.07 | 8,3 | 9,8 | 7,9 | 8,1 |  |
| 01.08 | 7,1 | 11,9 | 9,9 | 11,4 |  |
| 03.08 | 10,9 | 10,8 |  | 14,0 |  |
| 05.08 | 9,6 | 7,3 |  | 10,4 |  |
| 06.08 | 7,1 |  |  |  |  |
| 07.08 |  |  | 11,6 | 11,4 |  |

01.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДДПП ПОП, грыжа диска l5-S1, протрузия L4-L5 радикулопатия L5 жировая. Энцефалопатия 1, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Рек: актовегин 10,0 , неогабин 150 2р/д, катадалон 2р/д

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS=

Выберите элемент. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

05.2017Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: предуктал MR мр 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д, небивалол 2,5 мг утром, хипотел 40-80 мг.

05.08.17 ЭХО КС: Уплотненние аорты и АК. Гипертрофия Базального отдела МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарущшением релаксации. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистриуется. Сократительная способность миокарда в норме. ФВ 55%

01.08.18 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.

02.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,1 см3; лев. д. V = 3,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. С мелким фиброзом и гидрофильными очагами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

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. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., дицинон 1т. 3р/д., вазонит 1т.\*2р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д, эмоксипин 2к. \*3р/д. в ОИ, тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, трайкор 1т 1р/д,, слезавит 1т.\*1р/д. оптикс форте 1т 1р\д конс. лазерного хирурга.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.