#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1088

##### Ф.И.О: Касьяненко Нина Васильевна

Год рождения: 1963

Место жительства: Васильевсикй р-н, с. Приморское ул, Джерельная 45а

Место работы: КУ «Приморская ООШ» 1 – Ш ст. ВРР ЗО, заведующий

Находился на лечении с 31.07.17 по 14.08.17 в диаб. 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,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 15 кг за 2 мес, онемнеие в пальцах левой стопы в тече 3х лет, учащенное сердцебиение, ,Краткий анамнез: СД выявлен впервые. Считает себя больной с 05.2015 когда повились диабетические жалобы: сухость воту, жажда, полиурия, потеря в весе, обратилась самостоятельно в поликлинику ОКЭД. 31.07.17. При обследовании выявлена гипергликемия 13,8 ммоль/л. Ацетон мочи 3+ ,ургентно госпитализирована в ОИТ.

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 01.08 | 140 | 4,2 | 6,5 | 9 | 2 | 2 | 71 | 23 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 01.08 |  | 4,4 | 1,22 | 0,82 | 3,02 | 4,36 | 2,8 | 93 | 10,2 | 2,5 | 1,5 | 0,55 | 0,35 |

01.08.17 Амилаза – 32,9

31.07.17 Анализ крови на RW- отр

31.07.17 Гемогл – 140 ; гематокр – 0,44 ; общ. белок –71 г/л; К – 4,2 ; Nа –142,9 ммоль/л

01.08.17 К – 4,56

03.08.17 К – 3,85

31.07.17 Коагулограмма: вр. сверт. –9 мин.; ПТИ – 88,2 %; фибр –103 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

03.08.17 Проба Реберга: креатинин крови-77 мкмоль/л; креатинин мочи- 8300 мкмоль/л; КФ- 279,0мл/мин; КР-99 %

### 31.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1037 лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 11-12; эпит. перех. - в п/зр

### 31.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1037 лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -10-12-13 ; эпит. перех. -ед почечн – ед, в п/зруретр – 0,1 соли мочевой к-ты.

01.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - белок – отр

03.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр - белок – отр

04.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6000 эритр - белок – отр

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

03.07.17 Суточная глюкозурия – 2,3%; Суточная протеинурия – 0,097

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.07 |  | 16,0 | 7,0 | 8,2 | 6,3 |
| 02.08 | 11,6 | 11,8 | 13,9 | 8,7 | 10,3 |
| 05.08 | 12,1 | 12,2 | 15,0 | 11,1 |  |
| 08.08 | 8,7 |  |  |  |  |
| 09.08 | 8,6 | 10,2 | 12,6 | 13,3 |  |

01.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Рек: актовегин 5,0 в/в , келтикан 1т 3р/д

01.08.17Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ ДЗН Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Гр четкие А:V 2:3 ссоуды умеренно сужены, извиты, ,склерозированы, еденчиные венозные муфты Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

09.08.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. 07.08.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II .

Рек. кардиолога: бсипролол 5-10 мг .. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

01.08.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Вправимая п/о вентральная грыжа средних рамзеров.

09.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: атоксил, Хумодар Р100Р, ккб. Адаптол, новопасит, берлитион ,каптоприл, лесфаль, фуросемид, линекс, лефлок, пирацетам, цефтриаксон

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. 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. Б/л серия. АГВ № 2358 с .07.17 по .07.17. к труду .07.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В