#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 476

##### Ф.И.О: Куликова Надежда Ивановна

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье ул. Сталеваров 8/19

Прописана Донецкая обл . с. Стежковское ул, Артема 12-4

Место работы: н/р инв Ш гр

Находился на лечении с 29.03.17 по 12.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II, Диабетическая нефропатия IV ст., хр. пиелонефрит в стадии обострения. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, стадия медикаментозной компенсации. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Митральная регургитация 1- II ст. СН 1. Ф. кл II. Энцефалопатия сложного генеза 1- II ст. Церебральный атеросклероз, периоды синкопальных состояний, цефалгический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ. Распространенный остеохондроз позвоночника, мышечно-тонический, болевой с-м

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 1-2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/120 мм рт.ст., головные боли, давящие боли за грудиной, усиливающиеся при ходьбе, иррадирующие в шею, подчелюстную область, одышку при малейшей физ нагрузке, отеки н/к, боли в поясничной области, частые головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2005 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-26 ед., п/у- 22ед., метформин 1000 мг 2р\д. Гликемия –10,0-17,0 ммоль/л. Глик гемоглобин – 9,1% от 13.03.17. Последнее стац. лечение в 11.2016г. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10 мг, аккузит 20 мг, физиотенс 0,4 мг. В 02.2013 выявлен диффузный зоб, с того же времени субклинический гипотиреоз, принимает L-тироксин 100 мкг, ТТГ – 1,92 мкМе/мл (0,27-4,2) от 12.2016. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.03.17 Общ. ан. крови Нв – 150 г/л эритр – 4,5 лейк –9,1 СОЭ – 29 мм/час

э-1 % п-0 % с- 68% л-27 % м- 4%

30.03.17 Биохимия: СКФ –96,4 мл./мин., олл –2,7 тригл -0,77 ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП – 1,25Катер -1,4 мочевина –4,7 креатинин –75,9 бил общ –11,9 бил пр – 2,9 тим –1,7 АСТ –0,34 АЛТ –0,51 ммоль/л;

30.03.17 К – 5,09 ; Nа –143,4 Са - 1,93 Са++ -1,13 С1 – 100 ммоль/л

### 30.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 30-40 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -2-3 ; эпит. перех. - в п/зр

06.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 54500 эритр – 250 белок – отр

31.03.17 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – 0,092

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.03 | 6,8 |  |  |  |  |
| 31.03 |  | 8,8 | 7,9 | 8,8 |  |
| 02.04 | 9,2 | 9,1 | 13,7 | 10,3 |  |
| 03.04 |  | 11,4 |  |  |  |
| 05.04 | 8,0 | 9,8 | 8,3 | 5,6 |  |
| 11.04 | 7,1 | 11,7 | 8,6 | 8,3 | 8,5 |

10.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Энцефалопатия сложного генеза 1- II ст. церебральный атеросклероз, периоды синкопальных состояний, цефалгический с-м. Распространенный остеохондроз позвоночника, мышечно-тонический, болевой с-м,

30.03.17 Окулист: VIS OD=0,9 OS= 0,5 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, извиты склерозированы. Салюс I-II. В макулярной области рефлекс сглажен. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ.

03.04.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка. При сравнение с предыдущем ЭКГ без отрицательно динамики.

31.03.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Митральная регургитация 1- II ст. СН 1. Ф. кл II. риск 4. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., кардиомагнил 75 мг, бисопролол 10 мг, эналаприл 10 мг 2р\д, индапамид 2,5 мг утром, при недостаточном эффекте физиотенс 0,2 мг. Контроль АД ЭКГ. Дообследование: КАГ. Конс. врача психоневролога.

11.04.17 ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 1-2 на МК, регургитации 1 ст на ТК, склеротических изменений створок МК, АК

10.04.17 УЗИ вен Эхопризнаки атеросклеротической и диабетической ангиопатии н/к.

03.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

12.04.17 Ангиохирург: Атеросклеротическая диабетическая ангиопатия с сохранением проходимости периферического русла.

12.04.17 Дупл сканирование артерий н/к Эхопризнаки атеросклеротической ангиопатии н/к.

12.04.17 УЗИ почек: Эхопризнаки наличия кисты в пр. почке.

10.03.17 Нефролог: МКБ, пиелонефрит? Инфекция мочевыводящих путей. ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

12.04.17.Нефролог ХБП II, пиелонефрит в стадии обострения.

10.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,3 см3; лев. д. V = 4,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: нитроглицерин, корвалол, предуктал MR диаформин, ципрофлоксацин, тивортин, пирацетам, L-тироксин, анальгин, физиотенс, климактоплан, кардиомагнил, бисопролол, актовегин, Фармасулин НNP, аккузид физиотенс, седафитон, берлитион, тивортин, нитроглицерин, магнезия,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-140/90 мм рт. ст. Сохраняются приступы загрудинных болей с иррадиацией в н/челюсть, приступами затрудненного дыхания и эмоциональной окраски, интенсивность их и частота уменьшились.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-26-28 ед., п/уж 22-24ед.,

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. Аккузид 20 мг утром (предпочительно заменить на эналаприл 20 мг, идапамид 2,5 мг), физиотенс 0,4 мг веч, бисопролол 10 мг утром.
5. Берлитион (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: МРТ ГОП, ПОП в плановом порядке, синметон 750 мг 1р/д 10 дней. конс. вертебролога
7. L-тироксин 100 мкг УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Сдать ан. крови на АТТПО.
8. Рек нефролога: продолжить а/б терапию до 10 дней (фторхиноло) контроль ан. мочи в динамике. при неэффективно проводимой треапии цефикс. 400 мг/сут + флуконазол 50 мг\сут. При нормализации ан .мочи прием канефрона 2т 3р/д, 1 мес 3-4 курса в год.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В