#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 765

##### Ф.И.О: Чулакова Татьяна Васильевна

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье ул. Комарова 29/99

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 23.05.17 по 06.06.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. хроническое течение. ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДДПП на шейном уровне, с-м цервикалгия, люмбалгии. Хр. рецидивирующее течение, болевой с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, шум в ушах, снижение слуха

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. 2012 – кетоацидотическое состояние. С начала заболевания принимает ССП. С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 2ед., п/у- 10ед., Хумодар Р100Р п/з10 ед, п/у 2ед. (дозы инсулина подобраны самостоятельно). Последнее стац. лечение в 04.2016г. Повышение АД в течение 3-4 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 24.05 | 144 | 4,3 | 5,4 | 30 | 1 | 0 | 46 | 47 | 6 |
| 30.05 |  |  |  | 25 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 24.05 | 62,5 | 6,3 | 1,64 | 2,27 | 3,3 | 1,8 | 5,8 | 95,7 | 11,5 | 2,9 | 3,0 | 0,31 | 0,49 |

### 29.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

25.05.17 Суточная глюкозурия –1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 31.05.17 Микроальбуминурия –22,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.05 | 11,6 | 14,6 | 5,1 | 13,0 |
| 27.05 | 4,0 | 11,1 | 11,8 | 11,0 |
| 30.05 | 6,0 | 4,5 | 3,3 | 10,0 |
| 01.06 |  |  |  | 13,2 |
|  |  |  |  |  |

23.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение. ДДПП на шейном уровне, с-м цервикалгия, люмбалгии. Хр. рецидивирующее течение, болевой с-м.

23.05.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен.. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

26.05.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

24.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

31.05.17 05.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной норм. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

23.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3см3; лев. д. V =4,8 см3

Перешеек –0,27 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, тагиста, тиогамма, эналаприл, этсет,

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: Хумодар Р100Р п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Хумодар Б100Р 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 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.
9. 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.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В