#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 882

##### Ф.И.О: Антоненко Тамара Григрьевна

Год рождения: 1963

Место жительства: Запорожский р-нс. Лежиноул. Привокзальная 102

Место работы: Запорожская дирекция ПАТ «Укрпочта» ВЗ Лежино, оператор, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.06.17 по 21.06.17 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,

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

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния вдневное время суток на фоне физ. нагрузок и без видимых причин, периодическую сухость во рту, жажду, давящие бол в области сердца, увеличение веса на 1-3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головны боли, головокружение, частые гипогликемические состояния общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания принимала Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р. С 2015 в связи с декомпенсацией СД переведен на Фармасулин НNP, Фармасулин Н В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 10ед., п/о-6ед., п/у- 6ед., Фармасулин НNP 22.00 -18 ед. Гликемия –2,2-30 ммоль/л. НвАIс -9,6 % от 31.05.17. Последнее стац. лечение в 02.2016г. Узловойзоб с2002.ТАПБ( 2009) –аденоматозный узел с пролиферацией клеток фолликлярного эпителия. АТ ТПО –63 (0-30) МЕ/мл от 2009. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.06 | 158 | 4,7 | 4,6 | 7 | 1 | 1 | 70 | 26 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.07 | 96,0 | 5,1 | 1,11 | 1,58 | 3,0 | 2,2 | 3,0 | 85,8 | 27,2 | 4,3 | 2,3 | 0,2 | 0,56 |

### 16.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

20.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5000 эритр - белок – отр

19.06.17 Суточная глюкозурия – 0,77%; Суточная протеинурия – отр

##### .06.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.06 | 10,1 | 15,2 | 5,4 | 4,2 |  |
| 18.06 | 9,4 | 10,7 | 6,3 | 6,3 |  |
| 21.06 | 11,6 | 6,0 | 8,3 | 3,7 | 5,5 |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

19.06.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Факосклероз Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие.осуды сужены, извиты,ходосудов ближе к прямолинейному. Вены уплотненны. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

31.05.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

19.05.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

19.05.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

Рек. кардиолога:

аспирин кардио 100 мг 1р\д

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

розувастатин 10 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

фитосед 1к 4р/д 1 мес

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.06.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к повыщено с двух сторон II ст. Тонус крупных артерий н/к пределах возрастной нормы. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

31.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,4 см3; лев. д. V = 10,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. и единичные гидрофильные очаги до 0,32см. В пр доле гидрофильный узел 1,14\*0,89 см. В левой доле узел с кольценированой стенкой 2,1\*1,15 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, нуклео ЦМФ, тивортин, ципрофлоксацин, укрлив,

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. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. 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.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..
9. Б/л серия. АГВ № 2358 с .06.17 по .06.17. к труду .06.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В