#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 685

##### Ф.И.О: Димова Валентина Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье ул. Украинская 94/2

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 10.05.17 по 18.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип ,

вторичноинсулинзависимый,

средней тяжести, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение

Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

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

Диабетическая энцефалопатия I-II, Дисметаболическая энцефалопатия,

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

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

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. СН I ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

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

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, пекущие боли в стопах, парестезии, снижение чувствительности, одышка при ходьбе, боли в области левого т/бедреннго с-ва.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Амбулаторно сах. крови 9,0ммоль\л. С начала заболевания ССП(глюкоза500 мг\*2р/д). В последующем диапирид, диаформин.В связи с неэффективностью ССТ в 2015. Летом переведена на инсулинотерапию (название не помнит). В последующем Инсуман Базал. В 06.2016 переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-12 ед., п/у- 10ед., Протафан НМ п/з 36 ед, п/у26 ед, диаформин 1000 2р/д. Гликемия –13,0-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 06.2016г. Боли в н/к с начала заболевания в течение … лет. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает вазар Н 160мг1т утром, дифорс 80/5, кардиомагнил 75 мг 1т, Аритмия в течение 6 лет. с 2004 многоузловой зоб ТАПБ (2015), ТТГ (1003.17) – 1,45принмиает эутирокс 75/100мкг\сут. 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 |
| 11.05 | 143 | 4,3 | 5,2 | 16 | 0 | 0 | 63 | 33 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.05 | 70,9 | 4,7 | 5,0 | 0,88 | 1,5 | 4,3 | 5,7 | 97,9 | 11,8 | 2,9 | 2,1 | 0,59 | 0,94 |
| 16.05 |  | 4,7 | 4,1 | 0,98 | 1,8 | 3,8 |  |  |  |  |  | 0,27 | 0,83 |

11.05.17 Глик гемоглобин 9,8%

12.05.17 К – 4,2 ; Nа – 134 Са – 2,14 ммоль/л

### 11.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

15.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - 250 белок – отр

12.05.17 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – отр

##### .04.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.05 | 9,7 |  |  |  |  |
| 12.05 | 6,8 | 14,4 | 7,0 | 8,7 |  |
| 13.05 | 7,1 | 9,7 | 7,6 | 8,2 |  |
| 17.05 | 9,0 | 7,8 | 5,8 | 8,7 |  |
| 18.05 2.00-6,9 |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

12.05.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 Факсоклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены вены полнокровны, выраженный ангиосклероз с-м Салюс 1 – II Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

10.05.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.05.17Кардиолог: ИБС диффузный кардиосклероз. Кальциноз АК СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Рек нолипрел форте 1т1р\д, аспирин кардио 100 мг, предуктал MR мг 1т 3р/д.

17.05.17ЭХО КС: По ЭХО КС: Уплотнение аорты. Краевой фиброз АК. Фиброз створок АК с кальцинозом сухожильного кольца за задней створкой МК. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

12.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

15.05.17Гастроэнтеролог: Постхолицистэктомичкский с-м. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внеше и внутрисекреторной функции поджелудочной функции поджелудочной железы СРК со склонность и послаблению стула.

11.05.17 РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

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:

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.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная консультация в КУ «ОКЭД» ЗОС, для решения вопроса о дальнейшей тактики инсулинотерапии.

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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
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: 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
8. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
10. Б/л серия. АГВ № 2357 с .04.17 по .05.17. к труду .05.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач. Черникова В.В.