#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1481

##### Ф.И.О: Санакоева Людмила Семеновна

Год рождения: 1951

Место жительства: Запорожский р-н, с. Беленькое ул. Запорожская 44-3

Место работы: КУ «ЦПМД» БСР ЗРЗО,гл. врач

Находился на лечении с 24.10.17 по 03.11.17 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.

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. 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,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, периодически шум в ушах, головокружение, приступы сердцебиений без видимой причины. Боли в подлопаточной области справа.

Краткий анамнез: СД выявлен впервые. В 12.2016 при проф. осмотре глюкоза крови -6,6 ммоль/л. Длительно соблюдала диету, гликемию не контролировала. В06.2017 была ургентно госпитализирована в эндодиспансер. В связи с гипергликемией , кетоацидотическим состоянием находилась в ОИТ. Назначен Генсулин Н. В настоящее время принимает Генсулин Р п/з 4-6 ед, п/у 4-6 ед, Генсулин Н п/з 8 ед, п/у 8 ед. гликемия 14,0-15,0 , лик гемоглобин – 8,7 от 06.2017 Повышение АД с 2000 принимает престариум 5 мг, лизиноппил 10 мг. Хр. панкреатит с 2017. Хр холецистит с 1975. Госпитализирована в ОИТ эндокриндиспансера для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 25.10 | 156 | 4,7 | 5,4 | 25 | 1 | 2 | 71 | 25 | 1 |
| 30.10 | 140 | 4,2 | 5,2 | 28 | 2 | 2 | 70 | 25 | 1 |
| 03.11 | 140 | 4,2 | 13,1 | 16 | 2 | 4 | 82 | 10 | 2 |
| 08.11 | 143 | 4,4 | 4,4 | 16 | 2 | 4 | 71 | 20 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.10 |  | 6,65 | 1,67 | 1,51 | 2,37 | 2,1 | 5,1 | 79,2 | 39,1 | 9,0 | 2,4 | 0,21 | 0,43 |
| 30.10 |  |  |  |  |  |  |  |  | 23,1 | 5,0 | 2,7 | 0,18 | 0,17 |

03.11.17 амилаза – 52,7 диастаза – 82

31.10.17 Глик. гемоглобин -7,5 %

03.11.17 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – 198,6 (0-30) МЕ/мл

25.10.17 К –4,57 ; Nа –139,5 ммоль/л

25.10.17 Коагулограмма: вр. сверт. – 11 мин.; ПТИ – 83,3 %; фибр –4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ –88 %; св. гепарин – 8

26.10.17 Проба Реберга: креатинин крови-75 мкмоль/л; креатинин мочи-6380 мкмоль/л; КФ- 191мл/мин; КР- 98,9 %

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

### 06.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

25.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5000 эритр -500 белок – отр

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

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

26.10.17 Суточная глюкозурия –0,40 %; Суточная протеинурия – отр

##### .10.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.10 | 14,4 |  | 14,2 | 10,1 | 12,9 |
| 25.10 | 10,9 | 4,2 | 4,8 | 10,3 |  |
| 26.10 | 6,1 | 12,1 | 14,0 | 7,1 | 5,7 |
| 28.10 | 7,3 | 13,0 | 11,9 | 11,4 |  |
| 30.10 | 8,9 | 11,5 | 9,5 | 4,9 |  |
| 02.11 |  | 9,9 | 11,2 | 7,7 |  |
| 05.11 | 10,6 | 10,0 | 11,5 | 5,9 |  |
| 07.11 | 9,4 | 10,1 | 14,2 | 3,7 |  |
| 10.11 | 7,9 | 11,0 | 9,0 | 7,3 |  |
| 11.11 | 8,2 | 11,7 | 6,4 | 9,2 |  |
| 12.11 | 6,6 | 10,9 | 12,1 | 5,7 |  |

31.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. рек: вазосерк 24 мг 2р/д сермион 30 г1р/д, нуклео ЦМФ 1т 2р/д

25.10.17 Окулист: В стекловидном теле плавающие помутнения Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды неравномерно сужены, с-м Салюс 1 ст. Д-з: Деструкция стекловидного тела. Ангиопатия сетчатки ОИ

25.10.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

12.06.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., престариум 5-10 мг веч. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

05.06.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижен II ст с обеих сторон. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно незначительно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

30.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

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

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

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, атоксил, омепразол, пирацетам, амлодипин, лоспирин, адаптол, , линекс, престариум, метоклопрамид, лесфаль.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Генсулин Н 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
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. 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.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Б/л серия. АДГ № 6715 с .10.17 по .10.17. к труду .10.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В