#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1499

##### Ф.И.О: Нарушевич Лилия Петровна

Год рождения: 1962

Место жительства: Куйбышевский р-н, пгт К-Зоря ,ул. Речная 7

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 27.10.17 по 08.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, 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 2-3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 130/80 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диаглизид, сиофор.). С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию – Генсулин Н, метамин.. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-40 ед., п/у-10 ед., метамин 1000 2р/д. Гликемия –8,4 ммоль/л. НвАIс - 7,7% от 10.2017 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5мг.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 |
| 30.10 | 147 | 4,4 | 5,8 | 12 | 1 | 1 | 52 | 45 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 30.10 | 108,7 | 4,62 | 1,8 | 1,46 | 2,33 | 2,2 | 4,4 | 62 | 9,0 | 2,0 | 1,7 | 0,27 | 0,25 |

30.10.17 Анализ крови на RW- отр

03.11.17 ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 14,6 (0-30) МЕ/мл

30.10.17 К – 4,77 ; Nа –135,4 Са++ -1,21 С1 - 102 ммоль/л

### 31.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк –6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

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

30.10.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 02.10.17 Микроальбуминурия –22,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.10 | 5,0 | 5,9 | 7,7 | 6,7 |
| 02.11 | 5,8 | 4,7 | 7,9 | 7,4 |
| 05.11 | 7,0 | 7,5 | 12,4 | 8,7 |

01.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Рек: актовегин 10,0+100в/в , келтикан 1т 3р/д 1 мес.

01.11.17 Окулист: VIS OD=0,9-1,0 OS= 0,9-0,8 ; Факосклероз.

Гл. дно: артерии узкие, вены полнокровные, сужены, сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II ст. В макуле депигментация Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

27.10.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

06.11.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Рек. кардиолога:. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

31.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

01.11.7 Дупл. сканирование артерий н/к: диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

27.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V =8,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная. В левой доле в /3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,65см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли.

Лечение: Генсулин Н, диафомин, диалипон, армадин, тризипин, пирацетам, т-триомакс,

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. 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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Б/л серия. АДГ № 6716 с .10.17 по .11.17. к труду .11.17

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В