#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1334

##### Ф.И.О: Денисова Анна Григорьевна

Год рождения: 1955

Место жительства: Новониколаевский р-н, с. Новосоленое ул. Ленина 29

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 27.09.17 по 06.10.17 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. 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,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, прогрессирующее ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/80 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, головокружение, одышка при ходьбе, зябкость стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП непродолжительное время. С 1997 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию: ленте, монодар Б, затем Хумодар Б100Р. С 2010 переведена на Хумодар К 25100Р в сочетании с метформином. В 02.2017 во время стац лечения в глазном отд ОКБ, где находилась по поводу рецидивирующего гемофтальма ОИ выявлена неустойчивая гликемия 4,7-16,5 ммоль/л, в связи с чем направлена в эндодиспансер, где вновь переведена на Хумодар Б100Р + диаформин. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-28-30 ед., п/у- 20ед., метамин 1000 мг 2р/д. Гликемия –11,0-14,9 ммоль/л. НвАIс 11,3 % от 11.2017. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг, небивалол 5 мг. Диффузный зоб с 2010. ТТГ – 2,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –6,3 (0-30) МЕ/мл. Прогрессирующее ухудшение зрения с 2016, рецидивирующий гемофтальм ОИ с 2017. Готовится к оперативному лечение в Одесском НИИ гл. болезней. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 28.09 | 159 | 4,8 | 4,3 | 20 | 1 | 1 | 64 | 31 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 28.09 | 127 | 7,32 | 2,05 | 1,52 | 4,8 | 3,8 | 7,2 | 65 | 15,3 | 3,2 | 2,1 | 0,11 | 0,10 |

28.09.17 К –4,24 ; Nа –4,24 Са++ -1,08 С1 -104 ммоль/л

### 28.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

02.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -10000 эритр - 250белок –отр

29.09.17 Суточная глюкозурия –2,8 %; Суточная протеинурия – 0,062

##### 

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.09 | 9,2 | 10,8 | 11,4 | 9,0 | 7,5 |
| 01.10 | 5,2 | 8,7 | 9,0 | 10,9 |  |
| 04.10 |  |  |  | 8,3 | 6,8 |
| 05.10 |  |  |  |  |  |

29.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Энцефалопатия 1-II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

28.09.17 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ. OS – авитрия, гл. дно не офтальмокопируется. ОД- рефлекс гл. дна тусклый, детали не видны. Гл. дно: Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия, осложненная катаракта ОИ. Авитрия OS. Гемофтальм? тракционная отслойка сетчатки ОД. Рек: лидаза 64 ед п/к (в/м) № 10, KI 2% 4р/д, серрата 1т 3р/д 2 нед, повторный осмотр после обследования и консультации.

02.10.17 конс проф. Луценко Н.С: Окулист: VIS OD= движение руки у лица OS= движение руки у лица. Закл: Пролиферативная диабетическая ретинопатия, тракционная отслойка сетчатки, незрелая катаракта , рецидив гемофтальма ОД, авитрия ОД, почти зрелая катаракта OS Рек: консультация витреоретинального хирурга для решения вопроса витерэктомии.

18.09.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

02.2017 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

27.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,3 см3; лев. д. V = 8,3см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р,метамин, амлодипин, небивал, аевит, аскорутин, нутроф-тотал, дицинон, этамзилат, норфлоксацин, детралекс

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130-140/80мм рт. ст. Отсутствует зрение на ОИ

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 28-30ед., п/уж -14-16 ед.

диаформин (сиофор, метамин, 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. Гипотензивная терапия: амлодипин 10 м утром, небивал 5 мг. Контр. АД.
4. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Норфлоксацин 1т 2р/д до 10 дней, флуконазол50 мг/сут до 10 дней, контроль ан. мочи, затем канефрон 2т 3р/д 1 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.