#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1414

##### Ф.И.О: Гнездовская Елена Леонидовна

Год рождения: 1966

Место жительства: Акимовский р-н, с. Таврийское ул. Моторостроителей 62

Место работы: ЧП «Молокозавод-Олком», приемщик молока.

Находился на лечении с 12.10.17 по 24.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Атрофия зрительного нерва (васкулярная?) OS.Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ.Энцефалопатия Iст сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая, посттравматическая). Последствия перенесенной ЧМТ (2010), цефалгический с-м, церебрастенический с-м. ДДПП ПОП, вертеброгенная люмбалгия. Ожирение III ст. (ИМТ-47кг/м2) алиментарно-конституционального генеза, прогрессирующее течение.ИБС: стенокардия напряжения, III ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Невправимая послеоперационная вентральная грыжа больших размеров. ПХЭС: хр.панкреатит вне обострения.

Жалобы при поступлении : на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения на OS с декабря 2016 г, выраженные боли в нижних конечностях, снижение чувствительности в обеих н/к до н/3 голеней, судороги, похолодание в н/к, снижение диуреза, прибавку в весе на 13-15 кг за 1 год, одышку при мин.физнагрузке, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст, головные боли, периодически давящие боли в области сердца, отеки н/к и лица, боли в аоясничном отделе позвоночника, боли и скованность в коленных и плечевых суставах, ограничение подвижности в плечевых суставах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006 г., однако диабетические жалобы появились с 2004г, при обращении в поликлинику по м/ж была выявлена гипергликемия-10,0 ммоль/л. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (глибенкламид + сиофор 850 мг 2р/д). В 2012г в связи с неэффективностью ССП была переведена на комбинированную терапию: Хумодар Б п/з 16 ед +глимепирид 1 мг+сиофор 1000 мг 2р/д. С 2016 г получает Хумодар Б 2р/д+ диаформин 1000 мг 2р/д. Гликемия – 8,2-12,9 ммоль/л. НвАIс – 8,3 % от 26.09.17. Последнее стац. лечение в 2016 г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Агамнез жизни: ИБС: стенокардия напряжения, ГБ-около 15 лет. Принимает лмприл 20 мг утром, периодически при отеках принимает трифас. В анамнезе хр.панкреатит. Холецистэктомия в 1990г. аппендэктомия в 1974г. ЧМТ-2010.

В марте 2016г : ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 15,3 (0-30) МЕ/мл.

Аллергологический анамнез: новокаин (удушье), милдронат (жар в теле, головокружение).

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.10.17 | 141 | 4,2 | 4,9 | 14 | 1 | 1 | 55 | 42 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.10.17 | 134 | 4,0 | 1,32 | 1,47 | 1,92 | 1,7 | 3,8 | 62 | 10,1 | 2,9 | 1,2 | 0,1 | 0,1 |

13.10.17 Глик. гемоглобин – 8,5 %

13.10.17 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

13.10.17 К – 4,52 ; Nа – 138,2 Са++ -1,14 С1 -104,9 ммоль/л

17.10.17 Проба Реберга: креатинин крови-85 мкмоль/л; креатинин мочи- 7040 мкмоль/л; КФ- 66,5 мл/мин; КР-98,4 %

### 13.10.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 8-9-10 в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. – 6-7 в п/зр, эп.уретр-1-2-3 в п/з, слизь на все п/з, бактери –очень много

18.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4000 эритр - отр белок – отр

23.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - отр белок – отр

17.10.17 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 17.10.17 Микроальбуминурия – 39,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.10.17 | 4,7 | 7,7 | 8,2 | 9,6 |
| 16.10.17 | 6,9 | 11,1 | 10,3 | 10,9 |
| 19.10.17 |  | 10,7 | 13,3 | 8,9 |
| 20.10.17 | 7,4 |  |  |  |
| 22.10.17 | 7,1 | 7,8 | 7,8 | 9,9 |
| 23.10 |  |  |  |  |

20.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия Iст сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая, посттравматическая). Последствия перенесенной ЧМТ (2010), цефалгический с-м, церебрастенический с-м. ДДПП ПОП, вертеброгенная люмбалгия. Р-но: корсетирование ПОП, неогабин 75 мг 2р/д -1 мес, тиоктовая кислота 600 мг в/в кап, келтикан 1 к 3р/д-1 мес, актовегин 10,0 в/в кап №10.

18.10.17 Окулист: VIS OD= 0,5 сф+1,0Д=1,0 OS= pr.certa Помутнения в хрусталиках ( OD меньше OS). На OS- заднекапсулярно. Гл.дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. OS-выраженная височная деколорация, гр.четкие. ОИ-вены широкие, извиты, неравномерного калибра, полнокровны, артерии сужены, извиты, ангиосклероз Салюс II ст. мноржественные микроаневризмы, геморрагии, экссудаты. В макулярной области без особенностей Д-з: Атрофия зрительного нерва (васкулярная?) OS.Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Р-но: «Д» наблюдение окулиста по м/ж, оформление на МСЭК.

12.10.17 ЭКГ: ЧСС - 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

19.10.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

23.10.17 Кардиолог: ИБС: стенокардия напряжения, III ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Р-но: КАГ, клопидогрель 75 мг 1 т 1р/д, аспирин –кардио 100 1т 1р/д, нолипрел форте 1 т 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д.

21.10.17 ЭХО КС:

19.10.17 На РГ ПОП признаки субхондрального склероза, снижение высоты межпозвонковых дисков L4,5-S 1, смещение L2 кзади до 0,5

18.10.17 На РГ обоих плечевых суставов определяются известковые наслоения в области б/бугорка, характерные для известкового бурсита.

23.10.17 Травмотолог: Р-но дообследование: МРТ обоих плечевых суствов, конс.вертебролога.

20.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст

13.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Невправимая послеоперационная вентральная грыжа больших размеров. Спаечная болезнь брюшной полости. Р-но: Ограничение физнагрузок, ношение бандажа, опер.лечение (герниопластика с ППС) в плановом порядке. КТ ОБП в плановом порядке.

19.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий левой н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра правой н/к в пределах нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

20.10.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диаб. ангиопатии артерий н/к.

18.10.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр.панкреатита , функционального раздражения кишечника.

10.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и план лечения согласован

12.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,4 см3; лев. д. V = 5,5 см3

Перешеек –0,48 см. Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: сиофор 1000, хумодар Б100Р, Диалипон турбо в/в кап №10, нейрорубин 3,0 в/м №5, нуклео ЦМФ 2,0 в/м №5, миилдрокард н 10,0 в/в №1, трифас 4,0 в/в, липрил 20 мг, индапамид 2,5 мг, лоспирин 75 мг, фуромаг, амлодипин 5 мг.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, несколько уменьшились боли в н/к, значительно уменьшились отеки н/к, уменьшилась общая слабость. АД 140/80 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: Хумодар Б100Р п/з- 42-44 ед п/уж -28-30 ед.
4. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия:липрил 20 мг утром, индапамид 2,5 мг утром, амлодипин 5 мг вечером, лоспирин 75 мг 1 т. Вечер, платогрил 75 мг 1 т вечер, Контр. АД.
9. КАГ в плановом порядке, с послед. конс. кардиолога
10. Диалипон 600 мг утром. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., келтикан 1к 3р/д – мес, неогабин 75 мг 1 т 2р/д -1 мес
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р год.
12. Фуромаг 1к 3р/д –продолжить прием до 10 дней, канефрон 2 др 3р/д-1 мес, контроль ан.мочи по Нечипоренко в динамике по м/ж.
13. Соблюдение рекомендаций хирурга, травматолога, окулиста, невролога (см.выше)
14. Б/л серия. АДГ № 6715 с .10.17 по .10.17. к труду .10.17

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В