#### 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. Атрофия зрительного нерва OS.Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ.. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. 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. Энцефалопатия Iст сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая, посттравматическая). Последствия перенесенной ЧМТ (2010), цефалгический с-м, церебрастенический с-м. ДДПП ПОП, вертеброгенная люмбалгия. 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. физ. нагрузке, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст, головные боли, периодически давящие боли в области сердца, отеки н/к и лица, боли в поясничном 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. В амбулаторных условиях отмечает периодически гипогликемические состояния при нарушении режима питания. С начала заболевания принимала ССП. (глибенкламид + сиофор 850 мг 2р/д). В 2012г в связи с неэффективностью ССП была переведена на комбинированную терапию: Хумодар Б100Р п/з 16 ед +глимепирид 1 мг+сиофор 1000 мг 2р/д. С 2016 г получает Хумодар Б100Р 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.

Анамнез жизни: ИБС: стенокардия напряжения, ГБ-около 15 лет. Принимает липрил 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

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 |  |  | 12,3 | 12,0 |

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. Множественные 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: уплотнение стенок аорты. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Умеренная гипокинезия задне-базального отдела ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется.

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 Травматолог: Р-но дообследование: МРТ обоих плечевых суставов, конс. вертебролога. Наблюдение по м/ж,

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 физ. нагрузок, 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.

12.10.17 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, милдрокард 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, сохраняются онемение в стопах и голенях, пекущие боли в пальцах стоп, тяжесть в мышцах н/к. АД 140/80 мм.рт.ст. Пациентка негативно относится к введению инсулина Хумодар Б100Р, несмотря на отсутствие медицинских показаний для изменений вида инсулина. Предложен перевод на другие виды генно-инженерных инсулинов, от чего в данный период воздерживается.

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. Трифас 10 мг утром натощак при отеках 2-3 раза в неделю.
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 № 671608 с 12 .10.17 по 24.10.17. к труду 25.10.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В