#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1418

##### Ф.И.О: Чорная Раиса Григорьевна

Год рождения: 1943

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 34-3

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 13.10.17 по 25.10.17 в энд. 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 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о-6 ед., п/у- 8ед., Протафан НМ п/з 34 ед, п/у 8 еж. Гликемия – 2,1-18 ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает кардиомагнил, рксера, карведилол. Ко-пренесса. Страдает гипотиреозом с 40 летнег овозраста, принимает L-тироксин 75 мкг утром натощак. 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 |
| 17.10 | 126 | 3,8 | 4,5 | 23 | 7 | 3 | 59 | 26 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 17.10 | 56 | 4,22 | 1,71 | 1,73 | 1,7 | 1,4 | 7,7 | 91 | 9,1 | 2,4 | 7,2 | 0,43 | 0,34 |
| 24.10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3,2 |  |  |

17.10.17 глик гемоглобин – 9,7%

17.10.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

17.10.17 К – 3,97 ; Nа –131 Са++ -1,07 С1 - 104 ммоль/л

### 18.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

19.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -63000 эритр - 2000 белок – отр

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

17.10.17 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 19.10.17 Микроальбуминурия –88,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.10 | 10,4 | 14,5 | 7,5 | 7,2 |
| 16.10 | 11,8 | 17,4 | 10,6 | 4,1 |
| 18.10 | 12,9 | 11,2 | 8,2 | 6,0 |
| 20.10 2.00-7,7 | 9,8 | 9,4 | 4,9 | 4,4 |
| 22.10 2.00-9,0 | 8,5 | 11,1 | 10,5 | 14,1 |
| 24.10 | 12,1 | 12,8 |  | 7,8 |
| 25.10 2.00-9,5 |  |  |  |  |

13.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

17.10.17 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ Сосуды сужены, извиты, склерозированы. С-м Салюс 1- II. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

13.10.17 ЭКГ: ЧСС -44 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

13.10.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, метаболическая Синусовая брадикардия. СН II а ф кл. Ш ст. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

15.09.17 ЭХО КС: Уплотненние аорты, АК, склероз с кальцинозом, створок и повышение градиента МР.

18.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

29.10.17 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, в сочетани с пиелонефритом, артериальная гипетензия. Киста левой почки.

17.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к несклкьо нарушена.

24.10.17Уролог Киста левой почки, впервые обнаружена

23.10.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, функционального раздражения кишечника, крупнойкисты левой почки.

24.10.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

24.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = с3,5м3; лев. д. V =2,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. . Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В лев0,6 доле в с/3 гидрфоильный узел 0,52 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли

Лечение: Протафан НМ, Актрапид НМ, метфогамма, , офлоксацин, флукаоназол, торадив, L-тироксин, эналаприл, тиогамма, витаксон,

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: Актрапид НМ, п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Протафан НМ 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. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
10. Б/л серия. АДГ № 6715 с .10.17 по .10.17. к труду .10.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В