#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1415

##### Ф.И.О: Гоцкая Антонина Николаевна

Год рождения: 1956

Место жительства: Акимовский р-н, с. Новоданиловка ул. Новая 60

Место работы: пенсионер инв Ш гр

Находился на лечении с 12.10.17 по 26.10.17 в энд. 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, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, зябкост стопы, отек голеней и стоп, боли за грудиной.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию..

В наст. время принимает: Инсуман Комб п/з- 18ед., п/у-9 ед. Гликемия –3,1-12,0 ммоль/л. НвАIс - 7% от 07.2016. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает хипотел 80 мг бисопролол 5 мг. 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 |
| 13.10 | 85 | 2,6 | 4,2 | 44 | 2 | 1 | 68 | 28 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.10 | 26,8 | 4,6 | 1,85 | 1,06 | 2,69 | 3,3 | 13,9 | 216,7 | 12,9 | 3,2 | 1,1 | 0,17 | 0,1 |

19.10.17 Ферритин – 133 ( 10-120)мкг/л

13.10.17 Глик. гемоглобин – 7,5%

13.10.17 Анализ крови на RW- отр

18.10.17общий белок – 59,4

23.10.17 К – 5,54 ; Nа 137– Са++ -1,05 С1 - 104 ммоль/л

### 18.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,917 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - ед в п/зр

18.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 1500- эритр - 250 белок – 1,176

18.10.17 Суточная глюкозурия – 1,38%; Суточная протеинурия – отр

##### .10.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.10 | 4,6 | 6,6 | 5,7 | 11,3 | 8,5 |
| 16.10 | 8,4 | 7,1 | 7,2 | 9,3 | 8,5 |
| 20.10 | 7,4 | 5,6 | 5,9 | 6,0 | 5,7 |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

25.10.17 Окулист: Негомогенные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно под густым флером. Вены полнокровны, ангиосклероз, с-м Салюс 1- II ст. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

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

24.10.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия: Ш ф. кл.

Рек. кардиолога: физиотенс 0,2 1р/д, амлодипин 5-10 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

12.10.17 Р- гр ОГК Выраженные явления застоя. Корни расширены малоструктурны. В синусах с обеих сторон следы ++ сердце расширенно за счет левых отделов

18.10.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. ЖКБ Хр. калькулезный холецистит вне обострения.

26.10.17 Нефролог: ХБП IV ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия? Анемия .

10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

23.10.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкрементов в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы. Изменений диффузного типа в паренхиме почек, нельзя исключить наличие микролитов в почках застоя в ж/пузыре, склерозированы подж. железы; микролитов в почках.

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

12.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0см3; лев. д. V = 5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение:

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: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. 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.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В