#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1431

##### Ф.И.О: Дубовая Надежда Петровна

Год рождения: 1953

Место жительства: Г-Польский р–н, с. Полтавку л. Свердлова 5

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.10.17 по 26.10.17 в диаб. 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 8-10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышку при физ. нагрузке, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала глибенкламид, Диабетон MR, диаформин, В 2016 во время стац лечения эндодиспансере переведена на комб ССТ. В наст. время принимает: Инсулар Актив п/з 14, Инсулар Стабил п/з 26 ед, диаформин 1000 2р/д Гликемия –10-17 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 17 лет. 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 |
| 18.10 | 146 | 4,4 | 5,5 | 20 | 1 | 1 | 70 | 27 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.10 | 75,2 | 5,53 | 2,71 | 1,3 | 3,09 | 3,3 | 5,9 | 85 | 10,2 | 2,5 | 6,7 | 0,27 | 0,29 |

18.10.17 Глик. гемоглобин – 8,6%

20.10.17ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

18.10.17 К – 4,45 ; Nа –136 Са++ - 1,20С1 -102 ммоль/л

### .10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

20.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

23.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - белок – отр

19.10.17 Суточная глюкозурия – отр %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.10.17 Микроальбуминурия –43,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.10 | 7,9 | 6,5 | 5,2 | 6,8 |  |
| 22.10 | 6,3 | 7,1 | 6,1 | 6,7 | 5,1 |
|  |  |  |  |  |  |

19.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

24.10.17 Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,8 .

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены полнокровные. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

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

18.10.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл п/инфарктный ( без даты) СН II А ф . кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: Предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д бисопролол 2,5мг утром, эналаприл 10 мг 2р/д. изокет спей при болях. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

18.10.17 ЭХО КС: уплотнение аорты, АК и МК. Увеличение Лжи ЛП. Выраженная гипокинезия с уплотнение с/3 МЖП. Верхушки ЗСЛЖ, систолическая дисфункция ЛЖ. Трикуспидальная регургитация 1 ст.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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

18.10.17РВГ: 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.

17.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,7см3; лев. д. V =9,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом и гидрофильными очагами до 0,45 см. В пр доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,28\*0,89 с с Крупным кальцинатом в центре. В левой доле в с/3кальцевая структура 0,78сс.возможно узел. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Инсулар Актив, Инсулар Стабил, эналаприл, магникор, диалипон, бисопролол, мефармил ,

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: Инсулар Актив п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Инсулар Стабил 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога:
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. 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.,
11. 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