#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1272

##### Ф.И.О: Скорик Ирина Анатольевна

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул. Горнянская 12а- 116

Место работы:

Находился на лечении с .09.17 по .09.17 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. Выберите элемент.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. 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,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту глаукому, полиурию учащенный ночной диурез, одышку при ходьбе сухой кашель, першение в горле, жажду, полиурию, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки лица, рук, и н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г при профосмотре – 18,0 ммоль/л. Назначен сиофор 850мг 1т2р/д, затем по 1000 мг 2р/д. В 2005 в связи с неэффективностью была переведена на комбинированную терапию. Хумодар Б100Р. Хумодар Р100Р 2р/день + диаформин. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 25ед., п/у-25 ед., ррп/з 15 ед, п/у 15 ед, Гликемия –12,3 ммоль/л. НвАIс - 12,4%. Последнее стац. лечение в 2015г. Смешанный зоб с2015. ТТГот 08.09.17 <0,1. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает индапамид2,5 1т утром. Лизиноприл 10мг 1т утром, бисопролол 5 мг 1т обед. 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 |
| 14.09 | 149 | 4,5 | 3,4 | 31 | 1 | 2 | 40 | 54 | 3 |
| 19.09 |  |  |  | 22 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.09 | 85 | 7,48 | 2,07 | 1,18 | 5,35 | 5,3 | 7,5 | 90,2 | 12,9 | 3,1 | 4,3 | 0,38 | 0,5 |

14.09.17Св.Т4 - 18,6 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –46,0 (0-30) МЕ/мл

25.09.17 К – 4,31 ; Nа – 138,3 Са++ - 1,13С1 - 103 ммоль/л

25.09.17 Проба Реберга: креатинин крови-73 мкмоль/л; креатинин мочи-8140 мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 14.09.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 18-20 в п/зр белок – 0,032 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

15.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 21000 эритр - 250 белок – отр

19.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 34000 эритр - 2500 белок – отр

21.09.17 Суточная глюкозурия –0,83 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.09.17 Микроальбуминурия –37,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.09 | 12,3 | 13,8 | 10,9 | 14,5 |  |
| 16.09 |  | 8,5 | 9,6 | 10,7 |  |
| 19.09 | 9,4 | 9,6 |  | 6,5 |  |
| 21.09 | 9,8 | 11,8 | 9,9 | 8,7 |  |
| 24.09 | 8,6 | 7,8 | 6,4 |  |  |

15.09.17Невропатолог: энцефалопатия

19.09.17Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ . На гл. дне область. ДЗН прикрыта прекрыта пролиферацией, сосуды сужены, извиты неравномерного калибра, ,микрогеморрагии, аневризмы. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рек В –сканирование ОИ. После дообследование повторный осмотр.

20.09.17 В –сканирование ОИ.ОД-в стекловидном теле небольшое кол-во плавающих помутнений. В нижнецентральных отделех определяется гиперрефлективное помутненние с уровнем (ретинальное кроизлияние). OS –В стекловидном теле небольшое кол-во плавающих помутнений различной степени интенсивности. Сетчатки прилежит.

22.09.17Окулист: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ретинальное кровоизлияние ОД. Рек: после выписки из стационара консультация сотрудников кафедры, ЗМАПО для решения дальнейшей тактики лечения.

20.09.17 На р- гр тур седла размеры 1,2-0,9 костно деструктивных изменений не выявлено.

13.09.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

15.09.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН II А. ф .кл II Риск 4.

Рек. кардиолога: престариум 5-10 мг предуктал MR 1т 2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

22.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.09.17Нефролог: ХБП II ст.: диаб. гипертоническая нефропатия в сочтеании с пиелонефритом вст обострения.

15.09.17ТАПБ узла щит железы: цитологическая картина пунктатов (а,б) правой доли щит железы наиболее соответствует узловому зобу. Цитологическая картина пунктата (в) левой доли щит железы соответствует узловому зобу.

12.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. –справа, слева- нарушение кровообращения 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Затруднение венозного оттока слева

УЗИ щит. железы: Пр д. V =16,2 см3; лев. д. V = 12,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелкмим фиброзом. В пр доле в /3 гипоэхоегнынй узел сидрофильнымо ободком 2,15 \* 1,63. В левой доле такой же узел 0,7\*0,65 см. повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

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 с контролем липидограммы 1р 3 нед.
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.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В