#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 990

##### Ф.И.О: Чуприна Любовь Вячеславовна

Год рождения: 1957

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Первомайская 143

Место работы: ПСК «ВТГ –Универсал» ЗОС СПТ,кладовщик

Находился на лечении с .07.17 по .07.17 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 гипогликемические состояния в вечернее время на фоне физ. нагрузок до 2-3 р/мес, купируемые приемом сладого, периодически сухость во рту, ухудшение зрения, онемение и снижение чувствительности пальцев стоп, наличие трофических язв, повышение ад до 190/100, головные боли, боли в поясничном отделе позвоночника.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2015г в х/о где находилсь по поовду флемоны пр стопы(глюкоза 16,0 ммоль/л, ацетонмочи ).. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Фармасулин НNP, Фармасулин Н, . На фоне болезни поетряля в весе 30 кг втечение 2-3 лет, отмечала повышеную массу тела с35 лет (весила 140 кг) (манинил). В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 5ед., п/о- 9ед., п/у- 7ед., Фармасулин НNP 22.00 – 10 ед. Гликемия –8,0-11,0 ммоль/л. НвАIс – 6,7 % от 2015. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 7 лет. гипотензивную терапию не принимает. 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 |
| 12.07 | 140 | 4,3 | 5,0 | 24 | 3 | 2 | 53 | 38 | 4 |
| 19.07 | 148 | 4,4 | 4,6 | 24 | 1 | 2 | 51 | 45 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.07 | 129 | 4,5 | 1,33 | 1,29 | 2,63 | 2,5 | 4,0 | 67,1 | 15,3 | 3,2 | 2,4 | 0,2 | 0,33 |

14.07.17ТТГ –0,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 26,3 (0-30) МЕ/мл

14.07.17 К – 4,54 ; Nа – 140,4 Са - Са++ - 1,12С1 - 105 ммоль/л

13.07.17 Проба Реберга: креатинин крови- 66мкмоль/л; креатинин мочи- 6772 мкмоль/л; КФ- 58мл/мин; КР- 98,8%

### 12.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

13.07.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 14.07.17 Микроальбуминурия –24,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.07 | 7,7 | 10,9 | 6,1 | 4,6 |  |
| 15.07 | 6,1 | 6,9 | 7,8 | 7,5 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

13.07.17 Окулист: VIS OD=0,2сф + 2,0=0,4 OS=0,2сф+3,0=0,3 ; ВГД OD= OS=

Негомогенное помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды извиты, склерозированы, микроаневризмы, микрогеморрагии, твердые эксудаты. Д-з: осложненная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рек-но оперативное лечение ФЭК + ИОЛ на ОИ в плановом порядке.

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

13.07.17Кардиолог: ИБС диффузный кардиосклероз СН 1.

Рек. кардиолога:

аспирин кардио 100 мг 1р\д

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

розувастатин 10 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

фитосед 1к 4р/д 1 мес

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

15.07.17ЭХО КС: Уплотнение аорты, гипертрофия бального отела МЖП. Минимальная трикуспидальная регургитация . Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. ФВ – 68%

12.07.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.07.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1- II ст.Химический ожог(димексидом) 1, II п. левой стопы 1- II ст в ст. регенерации.

12.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

12.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,7 см3; лев. д. V = 10,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с множественными гидрофильными очагами до 0,05 см. В леой доле в с/3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,6\*1,1 см. Рядом такой же узел 1,4\*1,22 см. с с кальцинатами в центре. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доле.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNP, эринорм, тивомакс, диалипон, тиогамма, магникор, тивомакс,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Фармасулин НNP 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. 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.
9. 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.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Б/л серия. АГВ № 2358 с .07.17 по .07.17. к труду .07.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В