#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1024

##### Ф.И.О: Аксьоненко Любовь Викторовна

Год рождения: 1957

Место жительства: К-Днепровскй р-н, с. Водяное ул. Горького

Место работы: К-Днепровский р-н, с. Водяное ул. Горького 48

Находился на лечении с 18.07.17 по 28.07.17 в энд. отд.пенсионер инв Ш гр

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, потерю в вее в течение послених 6 мес 6 кг, связывает с приемом сиофор (метамина),ухудшение зрения больше на OS и онемение вн/к парестезии, похолодание в н/к, тревога, раздражительность, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., головные боли, отеки н/к усиливающиеся к вечеру, одышку при минимальной физ наругузке, тяжесть в области сердца, изжога, периодически чувство горечи во рту.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г.С начала заболевания ССТ с2010 на инсулинотерапии ( в связи с декомпенсацией) в условиях ЗОЭД. Фармасулин НNP, ф в 4х кратном режиме. В 2011 перевденана Фармасулин НNP 2р\д + сиофор 1000 2р/д. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 32ед., п/у- 22ед. Гликемия –8,0-15,0 ммоль/л. НвАIс - 14% от 2017 Последнее стац. лечение в 05.2013г. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает кардиомагнил 75 мг, Диффузный зоб 1ст с2010 АТТГ – 17 АТТПО-32, ТТГ 0,6 Т4св – 25,4. 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 |
| 19.07 | 150 | 4,5 | 4,5 | 25 | 2 | 5 | 41 | 48 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.07 | 85 | 5,15 | 2,46 | 1,22 | 2,8 | 3,2 | 5,2 | 98 | 10,0 | 2,6 | 2,6 | 0,42 | 0,24 |

21.07.17 ТТГ –0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

.07.17 К – 4,3 ; Nа –140 Са++ -1,19 С1 -99 ммоль/л

.07.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – %; фибр – г/л; фибр Б – отр; АКТ –

20.07.17 Проба Реберга: креатинин крови- 61,6мкмоль/л; креатинин мочи- 8580 мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 19.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

20.07.17 Суточная глюкозурия –1,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.17 Микроальбуминурия –73,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.07 | 8,7 | 14,6 | 13,3 | 13,0 |  |
| 21.07 | 6,2 | 8,1 | 13,1 | 11,8 |  |
| 23.07 | 8,9 | 13,9 | 12,0 | 9,5 |  |
|  |  |  |  |  |  |

25.07.07Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к сенсорно-моторная форма. рек: келтикан1т 3р/д 1 мес, актовегин 5,0 в/в , бифрен 1т 3р/д 1 мес.

24.07.17 Окулист: VIS OD= 0,5 н/к OS= 0,2 н/к

Жалобы на искажение зрения нащы. К-е заметила 3 мес назад. Факосклероз. Н Гл. дно: микроаневризмы, геморрагии, твердые эксудаты. OS – область ДХЗН отечна, просматривается границы частично, микрогеморрагии, в макуле переливчатость. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ишемическая оптикопатия OS.лечение: пентокксифилин 5,0 в/в кп № 5, ксантинола никотинат 2,0 в/м № 5, пирацетам 10,0 в/в № 5, зуфилин 2,4% в/в № 2, диакарб 1тутром ч/д № 3 + аспаркам 1т 3р/д. Повторный осмотр

18.07.17 ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена.

20.7.17Кардиолог: Гипотоническая болезнь II ст 1 степени. гипотензивное сердце. Риск 4. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1.

Рек. кардиолога: амлодипин 5-10 мг Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

22.07.17 ЭХО КС: Уплотнение стенок аорты. Гипертрофия бального отдела МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Соотношение размеров камер сердца и сосудов в норме. Дополнительных токов крови вобластиперегородлок не регистрируется. Сократительная способность миокардав норме.

19.07.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к ш ст. Варикозная болезнь н/к. Варикозное расширение вен н/к с 2х сторон. Тромбофлебит поверхностных вен н/к.

18.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,9 см3; лев. д. V = 10,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. В лпвой доле в в/3 гиопэхоегныйузел с гидрофильным ободком 1,25\*1,16. С гиперэхогенными включениями . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение:

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: 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.
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.
7. Б/л серия. АГВ № 2358 с .07.17 по .07.17. к труду .07.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В