#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 102

##### Ф.И.О: Двоезерская Наталья Андреевна

Год рождения: 1952

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. В. Знамека ул. Ленина 348

Место работы: пенсионер, инв ш гр

Находился на лечении с 23.01.17 по 03.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Тракционный макулярный отек, формирующееся эпиретинальная мембрана OS. Незрелая катаракта ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Узловой зоб. Узел правой доли щит. железы. Эутиреоз. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз 1 ст, СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хронический пиелонефрит, ст. обострения. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 22-24ед., п/о-16-18ед., п/у- 4-16ед., Фармасулин НNP 22.00 22-24ед. Гликемия –13,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Узловой зоб АТТГ 70 (0-100), АТТПО – 15,9 ( 0-30) от 2013. Повышение АД в течение 30 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.01.17 Общ. ан. крови Нв – 134 г/л эритр –4,1 лейк –4,9 СОЭ 7– мм/час

э-0 % п- 0% с- %43 л-42 % м-5 %

24.01.17 Биохимия: СКФ –75,3 мл./мин., хол –6,7 тригл – 2,0ХСЛПВП – 1,24ХСЛПНП – 4,5Катер -4,4 мочевина –3,9 креатинин – 85,8 бил общ – 13,0 бил пр –3,2 тим –3,0 АСТ – 0,29 АЛТ – 0,29 ммоль/л;

24.01.17 ТТГ – 0,5 ( 0,4-4,0)

24.01.17 Анализ крови на RW- отр

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

27.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -18000 эритр - 1000 белок – отр

02.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -39500 эритр - белок – отр

25.01.17 Суточная глюкозурия – 0,52%; Суточная протеинурия – 013

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.01 | 4,2 | 4,9 | 13,2 | 8,3 |
| 26.01 | 7,7 | 7,3 | 4,4 | 7,7 |

23.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

01.02.17Окулист: VIS OD=0,2сф + 01,0д=0,3 OS=0,06сф +1,5д=0,09; ВГД OD=20 OS=23

Негомогенные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. атрофия хориоидеи, сосуды очень сужены, извиты, выраженный ангиосклероз, вены полнокровны. С-м салюс II ст. В макулярной области рефлекс сглажен, слева – пастозность по заднему полюсу, множественные твердые экссудаты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Тракционный макулярный отек, формирующееся эпиретинальная мембрана OS. Незрелая катаракта ОИ

23.01.17ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

26.0.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз 1 ст, СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

28.01.17 ЭХО КС: КДР- 5,3см; КДО-135 мл; КСР- 3,6см; КСО-52 мл; УО-83 мл; МОК- л/мин.; ФВ- 6,1%; МЖП – 1,0 см; ЗСЛЖ –1,0 см; По ЭХО КС: Фиброз аорты , АК и МК. Стеноз АК 1 ст Минимальная митральная регургитация. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется, Сократительная способность миокарда в норме.

31.01.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела конкремента в желчном пузре.

23.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,7 см3; лев. д. V =3,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. В пр доле в /3 киста 0,75 \* 0,55 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: амлодипин, корвазан, эринорм, милкардил, вазотал, аторвастатин, офлоксин, амлодипин, предуктал MR, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, тивортин, диалипон, мильгамма, солкосерил, Актрапид НМ, Протафан НМ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Больная комсимонно переведена с Фармасулин Н, Фармасулин НNP на Протафан НМ, Актрапид НМ.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-22 ед., п/о- 18 ед., п/уж -16 ед., Протафан НМ 22.00 22 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. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д..
9. Продолжить прием офлоксина 200 мг 2р\д в течение 12 дней. повторить ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко. ОАК, При показаниях конс. нефролога.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. окулиста: консультация ветриоретинального хирурга для решения вопроса об оперативном лечение

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В