#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 89

##### Ф.И.О: Шишкова Анна Ивановна

Год рождения: 1946

Место жительства: г. Запорожье ул. Степная 26

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 19.01.17 по 10.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Артифакия ОД. Осложненная катаракта OS. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Гипотиреоз средней тяжести, стадия декомпенсации. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м. ДДПП позвоночника, цервико-брахиалгия, люмбалгия, мышечно-тонический, умерено болевой с-м. ИБС, стенокардия напряжения II-Ш ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хронический пиелонефрит, необструктивный, обострение. Анемия хронического больного легкой степени. Неалкогольная жировая болезнь печени. Гастродуоденопатия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, сиофор, глюкофаж). С 2001 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию хумодар К 25 100Р, Протафан НМ. В связи с невозможностью декомпенсации на данных видах инсулина с 2004 переведен на Лантус. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-16 ед., п/о-12 ед., п/у- 16ед., Лантус п/л 68 ед. диаформин 100 мг утром + 500 веч. гипотиреоз с 1986, постоянная заместительная терапия. Эутирокс 200/250 через день. Гликемия – 8,0-12,0ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 30 лет, принимает лозап 50.. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.01.17 Общ. ан. крови Нв –9,3 г/л эритр –2,8 лейк – 8,9 СОЭ –36 мм/час

э- 1% п- 5% с- 53% л- 3 % м- 7%

08.02.17 Общ. ан. крови Нв –130 г/л эритр –4,0 лейк – 9,1 СОЭ –56 мм/час

э-1 % п- 1% с-70% л- 22 % м- 6%

19.01.17 Биохимия: СКФ –57,2 мл./мин., хол – 7,1тригл – 2,3ХСЛПВП -1,9 ХСЛПНП – 4,1 Катер -2,7 мочевина –5,0 креатинин –114,4 бил общ – 10,8 бил пр –2,7 тим – 7,1 АСТ – 0,35АЛТ –0,66 ммоль/л;

20.01.17 Са – 2,37

19.01.17 Глик. гемоглобин -9,8 %

19.01.17 Анализ крови на RW- отр

20.01.17ТТГ –20,8 (0,3-4,0) Мме/мл

08.02.17 Коагулограмма: ПТИ – 78,6 %; фибр – 6,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –108 %; св. гепарин – 0

### 19.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –22-26 в п/зр белок – 1,66 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

23.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 606250 эритр - белок – 2,4

06.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 187500 эритр – 1500 белок – 0,269

08.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250000 эритр - белок – 0,472

20.01.17 Суточная глюкозурия – 0,83%; Суточная протеинурия – 2,46

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.01 | 7,8 | 13,0 | 8,8 | 7,9 |
| 21.01 | 5,6 | 9,4 | 8,3 | 9,4 |
| 28.01 | 4,1 | 6,5 | 4,0 | 6,1 |

20.01.17Невропатолог: ДЭП, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДДПП позвоночника, цервико-брахиалгия, люмбалгия, мышечно-тонический, умерено болевой с-м.

23.01.17Окулист: Артифакия OS – помутнение в хрусталике. Гл. дно не офтальмоскопруется на узки зрачок. Д-з: Артифакия ОД. Осложненная катаракта OS. Препроиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

20.01.17ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II-Ш ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

01.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.01.17Нефролог:Зав. нефологич. Отд. Остапенко Т.ИХБП III ст.: диаб. нефропатия, пиелонефрит необструктивный.

10.02.17Нефролог:Зав. нефологич. Отд. Остапенко Т.И.(по телефону) нарастание СОЭ происходит за счет нарастание протеинурии. Рек . см. ниже

01.02.17Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени. Гастродуоденопатия.

31.01.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 3ст, с увеличением её размеров, перегиба желчного пузыря н/3 тела.

10.02.16 ФГДЭС: атрофическая гастропатия. Дуодено-гастральный рефлюкс.

24.01.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В : диагноз см. выше.

25.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =0,7 см3; лев. д. V = 0,7 см3

Щит. железа меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тагиста, вазотал, тридуктан, каптоприл, торсид, диаформин, L-тироксин, лозап, бисопролол, диалипон, витаксон, Актрапид НМ, Лантус, актовегин, алмагель, омперазол, тардиферон, хемопамид ретард, тридуктан, палин, фуросемид, пирацетам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-16-18 ед., п/о- 12-14ед., п/уж 16-18 ед., Лантус п/о 68-70 ед

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 утром + 500 веч

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 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. Рек. кардиолога: хипотел 40мг, тридуктан 10 мг, аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 10 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: Дуплекс МАГ в плановом порядке. Вестибо 24 мг 2р\д 1 мес. мидокалм 1,0 в/м № 7 , ксефокам Инсуман Рапид 8 мг 1р\д
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 250 мг утром. Контр ТТГ через месяц с послед. коррекцией дозы заместительной терапии.
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, гепадиф 2к 2р/д после еды 2 мес, урсохол 250 мг 1п 3 мес, гастронорм 2т 2р/д за 30 мин до еды 2-4 нед, фосфалюгель 1л 3р\д через 30-40 мн после еды 7-10 дней, ФГДЭС с уреазным тестом. Повторный осмотр в результатами обследования.
10. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: индап 2,5 мг утром, ежедневно, трифас ½ - 1 т/сут под контролем АД. Лозап 100 мг /сут, бисопролол 10 мг\сут, амлодипин 10 мг сут, при необходимости добавить физиотенс 0,2 мг. Предуктал MR 1т 2р/д. аспирин кардио 1т веч. розувастатин 10 мг на ночь.
11. Рек нефролога: манурал 1п \сут через день № 5, контроль ан. крови, мочи через 10 дней с послед. осмотром нефролога.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В