#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1497

##### Ф.И.О: Григоренко Тамара Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье ул. Вахтовая, 49

Место работы: пенсионер, инв 1 гр

Находился на лечении с 11.11.18 по  21.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Инсулинорезистенстность. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Вторичная глаукома, артифакия, авитрия OS . Субатрофия глазного яблока, бельмо роговицы, терминальная глаукома ОД Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб IIст. Узлы обеих долей и перешейка. Эутиреоидное состояние. ИБС, стенокардия напряжения II – Ш ф. кл. п/инфарктный кардиосклероз (2009, 2013, 2016) кардиосклероз СН II А. Ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст, смешанного генеза, умеренно выраженный вестибулоатактический с-м, легкая правостороння пирамидная недостаточность. Эмоционально-волевые расстройства. Неалкогольная жировая болезнь печени II –Ш ст. Гепатомегалия. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

Жалобы при поступлении на периодически гипогликемические состояния, сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, пекущие боли в стопах, онемение пальцев, повышение АД до 160/90, шаткость при ходьбе, головокружение, одышку при малейшей физ нагрузке. тяжесть за грудиной, тяжесть в правом и левом подреберье, вздутие живота после еды, трофические нарушение н/к, шаткость при ходьбе, головокружения,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. С того же времени принимала ССТ (манинил, амарил, метформин). С 2007 в связи с декомпенсацией СД, прогрессированием осложнений переведена на инсулинотерапию в сочетании с метформином. В 05.2018 к лечению добавлена форксига10 мг/сут. Весь период инсулинотерапии отмечается инсулинорезистентность. В наст. время принимает: Протафан НМ п/з- 57ед., п/у-57 ед., Актрапид НМ п/з 17 ед, п/у 17 ед. форксига 10 мг, глюкофаж 1000 мг/сут. Гликемия –8,6-15 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 05.2018г. Повышение АД в течение 15 лет. ИБС, стенокардия с 2005, принимает дифорс 320 мг/сут, кореол 12,5 мг/сут, кардиомагнил. Инфаркт миокарда - 2009, 2013, 2016. Смешанный зоб, узлы выявлены в 2014. ТАПБ (2014)- картина узлового зоба с аденоматозной гиперплазией эпителия, участки кистозной дегенерации. АТТПО – 26,0 МЕ/л ( 0-30) ТТГ – 0,9 Мме/мл(0,4-4,0) оть 05.2018 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 12.11 | 149 | 4,5 | 6,8 | 35 | |  | | 1 | 1 | 62 | 33 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.11 | 58,6 | 4,26 | 138 | 1,26 | 2,36 | | 2,3 | 5,7 | 109 | 118,1 | 3,1 | 0,72 | | 0,34 | 0,14 |

13.11.18 Глик. гемоглобин -12,2 %

12.11.18 К – 4,37 ; Nа – 140 Са++ - 1,17С1 - 100 ммоль/л

### 13.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк –0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; в п/зр

13.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - 250 белок – отр

14.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

12.11.18 Суточная глюкозурия – 2,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 12.11.18 Микроальбуминурия –51,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.11 | 15,8 | 11,8 | 7,1 | 8,3 |  |
| 13.11 | 9,2 | 11,2 | 8,0 | 7,8 | 7,8 |
| 17.11 | 6,6 | 7,8 | 6,4 | 12,2 | 11,6 |
| 20.11 | 7,7 | 5,1 | 6,3 | 12,1 | 5,9 |

20.11.18Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II ст, смешанного генеза, умеренно выраженный вестибулоатактический с-м, легкая правостороння пирамидная недостаточность. Эмоционально-волевые расстройства.

12.11.18 Окулист: ОД – субатрофия яблока, бельмо роговицы. OS. – артифакия, авитрия, в витреальной полости силикон с уплотнениями. Гл. дно плохо просматривается. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Вторичная глаукома, артифакия, авитрия OS. Субатрофия глазного яблока, бельмо роговицы, терминальная глаукома ОД. Рек: в OS - ланотан на ночь, арутимол 0,5 % 2р/д. Контроль ВГД . Конс в Киевском ЦМХГ

09.11.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Рубец по задней стенки. .

14.11.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II – Ш ф. кл. постинфарктный кардиосклероз ( 2009,2013, 2017). СН II А ф .кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д аспирин кардио 100 мг 1р/д, клопидогель 75 мг, нолипрел бифорте 1т утром, бисопролол 2,5-5 мг изокет спрей 1-2 р/д при болях в сердце, Дообследование ЭХОКС.

12.11.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь н/к. Варикозное расширение поверхностных вен обеих н/к. Тромбофлебит поверхностных вен.

20.11.18 МРТ головного мозга: МРТ картина дисциркуляорной лейкоэнцефалопатии. Выраженная кортико-церебральная, кортико-церебеллярная атрофия.

20.11.18 Дупл сканирвоание БЦА: протокол на руках

21.11.18 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени II –Ш ст. Гепатомегалия. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы

Лечение: Актрапид НМ Протафан НМ, вессел дуэф, асафен ,вазилип, форксига, глюкофаж, лозап, предуктал MR, карведилол, торсид, тиогамма турбо, нейрорубин, асафен, лирика, суприлекс, эфокс лонг ,клопидогрель, армадин,

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, уменьшена доза инсулина, постпрандиальная гипергликемия отмечается после погрешностей в диете, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст. У пациентки с 18.11.18 отмечаются чувство онемения в пр. конечностях и правой половине лица, шаткость при ходьбе, головокружение, сохраняется чувство тяжести, тупые боли в правом подреберье .

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-16-18 ед., п/уж -16-18 ед., Протафан НМ, п/з-52-54 ед., п/уж -52-54 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

форксига 10 мг утром

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: дифорс 160 мг/сут, карведиол 12,5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., мес.
5. Рек. невропатолога: стац лечение по м/ж: L-лизин эсцинат 10,0 в/в кап № 5-7, бетасерк 16 мг 1т 3р/д 1 мес, милдронат 5,0 в/в, медленно № 10, церебролизин 10,0 в/в стр № 10. УЗДС БЦА через 6 м ес, повторный осмотр невропатолога через 10 дней.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Конс ангиохирурга с результатами УЗДС БЦА.
8. Рек гатроэнетролога: стол № 5 режим питания, меверин 1т 2р/д за 10 мин до еды, гепадиф 2т 2р/д 1 мес после еды, холелесан 1т2р/д за 15-30 мин до еды 1 мес, урсоност 300 мг 2т на ночь. Повторный осмотр после лечения.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.