#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1154

##### Ф.И.О: Орловская Екатерина Федоровна

Год рождения: 1951

Место жительства: г. Запорожье ул. Автозаводская 16-222

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с .08.18 по  .09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, 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 II ст.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. 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,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, прогресирующее ухудшение зрения, учащенный ночной диурез, увеличение веса на 2 кг за год, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, боли в ПОП, т/бедреных суставах и ограничение подвижности в прам коленном суставе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания соблюдала диетотерапию ( была выявлена гипергликемия 10,8 ммоль/л) В последующем принмиала ССТ. В теченеи послених лет димарил 4,5 мг утром + 2000 диаформин SR. В 2016 получала стац лечление в ГБ № 7, в связи с гипергликемией была переведена на ИТ ( выписку не предоставила): Инсулар Стабил п/з 16 ед, п/у 20 ед. комы отрицает. Гликемия –6,1-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает бериприл 10 мг 1т 2р/д. . Госпитализирован 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 | | |
| 05.09 | 132 | 3,9 | 6,5 | 35 | |  | | 2 | 0 | 74 | 23 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 25.09 | 7,05 | 5,0 | 2,6 | 2,2 | 1,6 | | 1,2 | 4,4 | 97 | 13,1 | 3,3 | 2,8 | | 0,24 | 0,33 |

05.08.18 Глик. гемоглобин -8,6 %

10.09.18 тропонин - отр

05.08.18 К – 4,11 ; Nа – 146,2 Са++ -1,25 С1 – 99,2 ммоль/л

### 05.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 11-12-14 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – много ; эпит. перех. -1-2 в п/зр почеч 0-01, уретральный 4-5

06.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -31500 эритр - 250 белок – отр

07.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -7500 эритр - 250 белок – гианолиновые - 30

06.08.18 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.08.18 Микроальбуминурия – 150,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.09 | 8,7 | 11,9 | 9,7 | 6,8 | 6,2 |
| 07.09 | 6,3 | 11,5 | 6,6 | 9,7 |  |
| 09.09 | 3,3 | 6,9 | 6,4 | 5,8 |  |
| 11.09 | 4,5 | 6,2 | 4,5 | 4,3 |  |
| 12.09 | 6,3 |  |  |  |  |
| 13.09 | 4,8 | 6,6 |  |  |  |

Невропатолог:

11.09.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены полнокровные ,с –м Салюс II ст. Множественные микроаневризмы, геморрагии, сливные друзы. В макуле отечность. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетчиеский макулярный отек. Начальная катаракта ОИ. Рек: оперативное лечение : интравентральной введение айлии.

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

07/09/18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II -Ш ст, Диффузный кардиослкероз СН СН II А. ф .кл. II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек:

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.

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.,

фитосед 1к 4р/д 1 мес

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

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

10.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено. слева Ш ст, справа 1 ст Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

11.09.18 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение:

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

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: 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.,

метформин (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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Б/л серия. АДЛ № 1777 с 08.18 . по .08.18 к труду .09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.