#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1190

##### Ф.И.О: Заверзина Юлия Ивановна

Год рождения: 1951

Место жительства: Ореховский р-н, с. Камышеваха, ул. Вишневая 3

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с .09.18 по  .09.18 в энд. 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,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II НФС I-II.

Жалобы при поступлении на прогресивное ухудшение зрения периодически сухость во рту, гипогликемические состояния при несвоевременном приеме пищи. Онемение ног, запоры, боли в коленных суставах. повышение АД до 190/100 мм. рт.ст, головокружения, отеки н/к, одышка при подъеме в гору, колющие боли в сердце на фоне эмоциональной нагрузки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (Диабетон MR ). С 2016 в связи с декомпенсацией, выраженности снижение масы тела, была переведена на комбинииованную терапию. Хумодар Б100Р п/з 10 ед, мефармил 500 мг 2р/д. Гликемия –9,0-14,0 ммоль/л. НвАIс – 10,3 % от 07.09.18 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5-6 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 1 т веч, тромбонет 1т веч. 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 | | |
| 17.09 | 114 | 3,4 | 4,0 | 17 | |  | | 2 | 1 | 55 | 40 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.09 | 47,4 | 6,98 | 2,69 | 1,02 | 4,73 | | 5,8 | 15,3 | 12,4 | 10,6 | 2,4 | 1,6 | | 0,31 | 0,22 |

14.09.18 К –5,4 ; Nа –140 Са++ -1,19 С1 - 100 ммоль/л

19.09.18 Проба Реберга: креатинин крови-65 мкмоль/л; креатинин мочи- 7425 мкмоль/л; КФ- 99,4мл/мин; КР- 99,1 %

### 17.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –10-11 в п/зр белок – 0,499 ацетон –отр; эпит. пл. много-много ; эпит. перех. 1-2- в п/зр

20.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,247

19.09.18 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – 0,909

19.09.18 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – 1,004

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.09 | 13,4 |  | 9,1 | 12,6 |
| 16.09 | 9,0 | 9,2 | 14,6 | 8,4 |
| 18.09 | 6,6 | 7,9 | 10,4 | 7,8 |

Невропатолог:

14.09.18 Окулист: VIS OD=0,1 н/к OS= 0,2сф + 1,5=0,4 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: артерии сужены ,вены расширены, сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс 1 ст. множественные микроаневризмы, точечные геморргаии Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ДМО? Начальная катаракта ОИ. Рек: ОСТ макулы на ОИ.

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

Кардиолог:

18.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

09.08.18 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия..

Гастроэнтеролог: Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. панкреатит с ферментативной недостаточностью функции подж. железы, с нарушением внешне и внутрисекреторной функции подж. железы. Гинеколог:

17.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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 незначительно нарушена.

Допплерография: ЛПИ справа – , ЛПИ слева – . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с

19.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки.

Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

13.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1см3; лев. д. V = 2,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, однородная Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

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. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Б/л серия. АДЛ № 1777 с 09.18 . по .09.18 к труду .09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.