#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 866

##### Ф.И.О: Хохотва Екатерина Яковлевна

Год рождения:1941

Место жительства: Гуляйпольский район, г. Гуляйполе, ул. Шевченко, 158

Место работы: пенсионерка

Находился на лечении с 25.06.18 .по  04.07.18 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. медикаментознойсубкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическаяретинопатияОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II Аф.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, снижение веса на 1-2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами, периодически тяжесть за грудиной.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Выявлен амбулатороно. Сначала зболевания принимал манинил, затеми Диабетон MR, метамин, дуглимакс. С 18.05. по 07.06.18 нахдилась в т/о Гуйляй польской ЦРБ получала диалипон 600 мг в/в актвоегин 10,0 № 10. Комы отрицает. В наст. время принимает: дуглимакс 2/500 1т утром, метамин SR 500 , воксид 0,2 1т 3р/д Гликемия –15-20 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает хипотел 80 мг утром, симлопин 5 по 2т веч, лоспирин 75 мг 1т веч, этсет 20 1т веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 26.06 | 123 | 3,7 | 5,8 | 22 | |  | | 3 | 2 | 69 | 22 | | 4 | | |
| 03.07 | 122 | 3,7 | 5,5 | 20 | |  | | 2 | 1 | 68 | 27 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 26.06 | 42,3 | 4,1 | 1,86 | 1,15 | 2,1 | | 2,6 | 5,1 | 99 | 8,9 | 2,1 | 3,69 | | 0,28 | 0,14 |

25.06.18 тропонин - отр.

25.06.18Глик. гемоглобин – 10,8 %

27..06.18Анализ крови на RW- отр

26.06.18 К – 4,57 ;Nа – 138, Са++ - 1,10, С1 – 101,4 ммоль/л

### 26.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010, лейк – 16-17 в п/зр, местами до 21, белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед, эпит. перех. – ед.,эпит. уретр. – 1-2 в п/зр, местами до 5

25.06.18 ацетон – отр.

04.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000, эритр – отр., белок – отр.

27.06.18 Суточная глюкозурия – отр.; Суточная протеинурия – отр

##### 27.06.18 Микроальбуминурия – 65,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.06.18 | 14,4 |  |  |  |  |
| 26.06.18 | 14,5 | 15 |  | 10,5 |  |
| 28.06.18 | 10,8 | 12,5 | 9,7 | 13,5 |  |
| 29.06.18 | 9,2 |  |  |  |  |
| 01.07.18 | 7,6 | 10,0 | 9,8 | 11,3 | 8,9 |
| 02.07.18 | 7,2 |  |  |  |  |
| 03.07.18 | 7,6 | 7,3 | 9,1 | 13,6 |  |

Невропатолог:

03.07.18 Окулист: VIS OD=0,3 н/к OS= 0,2сф – 1,0Д =0,2-0,3 ; Негомогенные помутнения в хрусталиках, . Гл. дно под небольшим флером. ДЗН бледно розовый, границы чёткие, ангиосклероз с-м Салюс1, вены расшиерны, неравномерны, сосуды значительно извиты. По ходу сосудов ретинльные геморрагии ( в OS боолее кол-во и крпунее чем в ОД) , микроаневризмы. , эксудаты в OS

Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ.

04.07.18 ЭКГ:ЧСС 70- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия. Эл.ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочно верхушечной области..

27.06.18Кардиолог: ИБС, п/инфартный кардиосклероз (без даты) аортальный стеноз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Риск 4.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р/д, хипоетл 40-80 мг, контроль АД, ЧСС.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

25.06.18 ЭХО КС: Систолическая функция миокарда ЛЖ не нарущшена, дисатолчиеская дисфсункция по типу нарушения релаксации, АК-3 створчатый, стеноз АК 1-2 ст краевой кальциноз створок АК. Минимальная регургиатция на МК. Выраженная гипертрофия МЖП без осбтрукции выносящего тракта ЛЖ

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

02.07.18 МРТ головного мозга: МРТ картина постинсультных кситозно-глиозных изменений в левом полушарии на фоне дисциркуляторнй энцефалопатии II и умеренной церебральной атрофии.

26.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Слева II 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 умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена. Затруднение венозного оттока с обеих сторон

25.06.18 УЗИ щит.железы: Пр д. V = 10,4 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит.железане увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. Регионарные л/узлыне визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. 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 <10,0ммоль/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, ИнсуманБазал, 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:розувастатин10 мг1т вечс контр.липидограммычерез 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром,индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.