#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 908

##### Ф.И.О: Березенская Галина Григорьевна

Год рождения: 1970

Место жительства: Вольнянсикй р-н, с. Райское, ул. Гагарина 8

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 05.07.18 . по  16.07.18 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. 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 сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 20 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160-180/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышка при физ нагурзке, отеки н/к и живота, давящие боли в области сердца,, гипогликемические состояния утренние вермя,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г во время предоперационной подготовкой, глюкоза крови – 11,0. . С начала заболевания принимает ССП. (сиофор). С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию комы отрицает.. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-40 ед., п/у-30 ед, диаформин 100 мг 1т 2р/д. в течение последних 2 метамн не принимает. Гликемия –8,0-29,0 ммоль/л. Трепетание предсердий более 10 лет. Повышение Ад около 30 лет, принимает амлодипин 10 мг, веч, магникор 75 мг 1т веч, карведиол 25 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 | | |
| 06.07 | 122 | 3,7 | 6,7 | 32 | |  | | 2 | 3 | 58 | 33 | | 4 | | |
| 10.07 |  |  |  | 34 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 06.07 | 103 | 4,56 | 1,05 | 1,69 | 2,38 | | 1,7 | 8,9 | 97 | 13,9 | 3,0 | 1,7 | | 0,28 | 0,2 |

06.07.18 ТТГ – 2,17 (0,3-4,0) Мме/мл

06.07.18 К – 5,0 ; Nа –139 Са++ 1,23- С1 -99 ммоль/л

09.07.18 Проба Реберга: креатинин крови-88 мкмоль/л; креатинин мочи- 8180 мкмоль/л; КФ-55,8 мл/мин; КР- 98,8 %

### 09.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,449 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

09.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -23500 эритр - 6000 белок – 0,363

09.07.18 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – 0,355

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.07 | 4,8 | 8,7 | 5,4 | 7,9 | 7,7 |
| 08.07 | 4,9 | 5,4 | 6,2 | 6,1 | 3,9 |
| 09.07 |  |  |  | 5,8 | 4,2 |
| 11.07 | 3,5 | 6,2 | 5,4 | 6,0 | 5,6 |
| 12.07 | 3,5 | 6,2 | 5,4 | 6,0 | 5,6 |
| 15.07 | 3,5 | 7,3 | 5,9 | 9,6 | 5,3 |

09.07.18Невропатолог: ДЭП II, сочетанного генеза, цреброатсенчиеский с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7).

11.07.18 Окулист: Факосклероз. Артерии сужены ,вены неравномерного калибра, уплотнены, сосуды извиты склерозированы, с-м Салюс II ст. Множественные геморргаии, твердые эксудаты. В макуле переливчатость. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ДМО?, НМ? ОИ.

05.07.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибрилляция предсердий. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

12.07.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл фибриляция предсердий постоянная форма. СН II А. ф .кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 50 мг 1р/д, трифас 20 мг, престариум 5-10 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

14.07.18 ЭХОКС: Увеличение аорты и всех полостей сердца минимальная митральная регургитация. Трикуспидальная регургитация 2-3 ст. Легочная гипертензия 2 ст. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется, Сократительная способность миокарда в норме .

11.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Вторичный лимфостаз н/к ++

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

11.07.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: . Диаб. ангиопатия артерий н/к. эхопризнаки спастического кровотка по аретриям голеней с 2х сторон. ЗББА с обеих сторон отлоцировать технически не предоставляется возможным, из-за избыточного веса.

11.07.18 УЗИ вен: Пациентка повышенного питания. В доступных для визуализации местах обнараужено выраженный лимфостаз обеих голеней. Эхопризнаки воспалительных изменений олбеих коленных суставоов (выражены справа).

05.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,9 см3; лев. д. V =9,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не 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 < 10,0 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 № 1775 с 07.18 . по .07.18 к труду .07.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.