#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 950

##### Ф.И.О: Передерий Татьяна Борисовна

Год рождения: 1958

Место жительства: Михайловский р-н ул. Центральная 33/1

Место работы: КУ Михайловская ООШ 1- IVст № 3 зам. директора

Находился на лечении с 17.07.18 по  24.07.18 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 сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. С начала заболевания ССТ . Комы отрицает. В наст. время принимает: сиофор 850 мг утром + 100 мг веч

Гликемия –6-10 ммоль/л. НвАIс – 7,6 % от 27.06.18. Последнее стац. лечение в 2016г. САГ с 2006, принимает хипотел 80 мг 1р/д, арифон 1,25 1р/д. АИТ, субклинический гипотиреоз с 2016. 07.2016 ТТГ – 6,5 ( 0,3-4,0). АТТПО – 138,9 ( 0-30. В дальнейшем ТТГ не контролировался 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 | | |
| 18.07 | 128 | 3,8 | 6,3 | 40 | |  | | 2 |  | 64 | 30 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.07 | 34,8 |  |  |  |  | |  | 195 |  |  |  |  | |  |  |
| 18.07 | 37,0 | 6,1 | 2,9 | 0,9 | 3,8 | | 5,8 | 8,4 | 183 | 11,2 | 2,8 | 5,98 | | 0,29 | 0,51 |
| 23.07 | 35,1 |  |  |  |  | |  | 10,5 | 193 |  |  |  | |  |  |

18.07.18 Глик. гемоглобин -7,5 %

19.07.18 ТТГ – 3,5 (0,3-4,0) Мме/мл

20.07.18 общий белок – 75,5

23.07.18 АЧТЧ – 27,4 МНО 0,94 ПТИ 106 фибр – 4,6

18.07.18 К – 4,72 ; Nа – 145 Са++ -1,18 С1 - 99 ммоль/л

### 18.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 7-8 в п/зр белок – 1,88 ацетон –отр; эпит. пл. – 1-2; эпит. перех. -1-2 в п/зр

19.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5000 эритр - 500 белок – 1,33

19.07.18 Суточная глюкозурия – 0,39 %; Суточная протеинурия – 1,58

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.07 |  | 5,4 | 6,3 |  |  |
| 18.07 | 6,1 | 10,8 | 4,5 | 8,4 |  |
| 19.07 |  |  | 8,3 |  |  |
| 20.07 | 6,9 | 10,1 | 7,3 | 6,3 |  |
| 22.07 | 7,9 | 10,5 | 8,3 | 7,2 |  |

18.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). . Дисциркуляторная энцефалопатия II церебрастенический с-м.

17.07.18 Окулист: Факосклероз.

Гл. дно: сосуды узкие, извиты, склерозированы, вены умеренно полнокровны, с-м Салюс 1- II Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

18.07.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

17.07.18Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия. ИБС, диффузный кардиосклероз СН1.

18.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.07.18 Нефролог: ХБП IV ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия. Инфекция мочевыводящих путей.

18.07.18 Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

18.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; мелких конкрементов в почках без нарушения урокидианмики.

18.07.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9см3; лев. д. V =6,1 см3

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

Лечение: диаглизид, тиогамма, витаксон. актовегин, каптоприл, карведилол, амлодипин, сиофор, хипотел, торадив, корвитол, амлодипин.

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. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
9. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
11. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., дицинон 1т. 3р/д., вазонит 1т.\*2р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д, эмоксипин 2к. \*3р/д. в ОИ, тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, трайкор 1т 1р/д,, слезавит 1т.\*1р/д. оптикс форте 1т 1р\д конс. лазерного хирурга.
12. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
13. Б/л серия. АДЛ № 1776 с 07.18 . по .07.18 . продолжает болеть. С 07.18 б/л серия АДЛ № 1776 на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай» № договора
14. Б/л серия. АДЛ № 1776 с 07.18 . по .07.18 к труду .07.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В.