#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 953

##### Ф.И.О: Стрюк Валентина Ивановна

Год рождения: 1955

Место жительства: Михайловский р-н, пг тМихайловка ул. Школьная 141а-7

Место работы: КУ» Михайловский ДНЗ №2 «теремок», заведующий

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,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП.. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Фармасулин 30/70 п/з-48 ед., п/у- 48ед. Гликемия –9,5-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает ко-пренесса 1т утром, леркамен 10 мг 1р/д, кардиомагнил 75 мг 1рд. АИТ, гипертрофическая форма с 2014 ТТГ – 1,0 АТТПО – 99,5.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 | | |
| 18.07 | 123 | 3,7 | 6,6 | 19 | |  | | 1 | 1 | 67 | 30 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.07 | 71,2 | 4,7 | 1,3 | 1,06 | 3,0 | | 3,4 | 6,4 | 100 | 9,1 | 2,4 | 1,14 | | 0,35 | 0,62 |

18.07.18 Глик. гемоглобин -8,2 %

18.07.18 К –4,38 ; Nа – 149 Са++ - 1,17С1 - 102 ммоль/л

19.07.18 Проба Реберга: креатинин крови-93 мкмоль/л; креатинин мочи-11330 мкмоль/л; КФ- 51,3мл/мин; КР- 98,8 %

### 18.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр – 250 белок – отр

19.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### .07.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.07 | 6,0 | 6,5 | 8,0 | 9,1 |  |
| 14.07 | 4,5 | 6,3 | 11,0 | 11,6 |  |
| 20.07 | 4,1 | 5,4 | 6,7 | 6,4 |  |
| 21.07 | 4,8 | 4,5 | 7,7 |  |  |
| 22.07 | 6,0 | 9,9 | 12,4 | 10,1 |  |
| 23.07 |  | 5,1 | 11,0 |  |  |
| 24.07 4.00-6,2 |  |  |  |  |  |

19.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). ДЭП 1 ст, вестибуло-атактический с-м

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Выберите элемент. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.07.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

20.07.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиослкероз, склероз аортального клапана. Аортальный стеноз СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: карведилол 12,5 2р/д, предуктал MR 1т2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д трифас 5 мг 1р/д, . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

18.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено II ст справа , слева 1 ст. . Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

17.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,5 см3; лев. д. V =6,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н 30/70, торадив, неогабин,мефармил, ко-пренесса ,асафен, берлитион, витаксон, нуклео ЦМФ,

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: Фармасулин Н 30/70п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.
5. 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 № 1776 с 07.18 . по .07.18 к труду .07.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.