#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 970

##### Ф.И.О: Динчева Валентина Васильевна

Год рождения: 1968

Место жительства: Акимовский р-н, пг тАкимовка ул. Революционная 5

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 19.07.18 по  29.07.18 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 170/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, отеки н/к,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2007 в связи с декомпенсацией СД лечение в х/о 3ГБ 07.2017 (выписной эпикриз № 40492 прилагается) по поводу СДС, смешанной формы. Трофческой язвы пр стопы. Остеомиелит костей правой стопы перевеедн на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 18ед., п/у- 12ед., Фармасулин Н п/о – 4 ед. Гликемия –7-15 ммоль/л. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг 1р/д, этсет 10 мг, индапрес 2,5 утром.

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 | | |
| 20.07 | 147 | 4,4 | 4,6 | 33 | |  | | 1 | 1 | 58 | 39 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.07 | 89,2 | 8,79 | 5,9 | 1,1 | 4,98 | | 6,9 | 5,3 | 83 | 10,0 | 2,0 | 12,3 | | 0,43 | 0,29 |

22.07.18 Глик. гемоглобин -12,5 %

20.07.18 К – 4,72 ; Nа – 131 Са++ -1,2 С1 -101 ммоль/л

23.07.18 АЧТЧ – 28,5 МНО 1,12 ПТИ89, фибр – 3,2

### 20.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк – 10-12 в п/зр белок – 0,03 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

23.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

24.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

23.07.18 Суточная глюкозурия - отр %; Суточная протеинурия – – 0,108

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.07 | 13,1 | 18,2 | 13,4 | 11,9 |  |
| 21.07 | 8,1 | 11,2 | 7,5 | 12,7 |  |
| 22.07 | 8,7 | 12,6 | 7,8 | 13,1 |  |
| 25.07 | 7,6 | 10,7 | 8,1 | 9,7 |  |
|  |  |  |  |  |  |

24.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП II сочетанного генеза, церебрастенический , вестибуло-атактический с-м

24.07.18 Окулист: VIS OD= 0,7 н/к OS= 0,5 н/к ;

ОИ веки отечные, уплотнены. Гл. дно: А:V 1:4 аретри узкие вены широкие, полнокровны, с-м Салюс 1- II ст, сливные друзы, микроаневризмы, микрогеморгааи. Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Офтальмопатия слабой степени ОИ.

19.07.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

26.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I.

25.07.18ЭХО КС: Уплотнение аорты и АК. Умеренная гипертрофия Миокарда ЛЖ. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосдов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородо не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

22.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

23.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,2 см3; лев. д. V = 5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозеристая седеничными гидрофильными очагами до 0,4 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Асафен, предуктал MR, Фармасулин НNP, Фармасулин Н, мефармил тиолипон, витаксон, нуклео ЦМФ, вазилип, индапрес

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.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.