#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 718

##### Ф.И.О: Стригуненко Валентина Петровна

Год рождения: 1952

Место жительства: Васильевский р-н, с. Пятихатки, ул.Ленина, 69

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 22.05.18 по 04.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип, , тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Незрелая катаракта ОИ. Частичная атрофия зрительного неврва OS. Ожирение III ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб IIст, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН IIA. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м. Хр.пиелонефрит, латентное течение, в ст.обострения. ОРВИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, прогрессирующее ухудшение зрения, боли, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение, одышку при ходьбе, боли в тазобедренных суставах и грудном отделе позвоночника, дискомфорт в области шеи, ком в горле при глотании.

Краткий анамнез: СД установлен в 2016 г, однако со слов пациентки, в 1990г. отмечалось повышение глюкозы крови натощак до 8,0 ммоль/л. Комы отрицает. С 2016г принимает ССП. (дуглимакс 2/500 1 т утром, метамин 1000мг 1 т вечер.

Гликемия – 10-14 ммоль/л. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни:

Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 1 т 2р/д. Страдает артрозом коленных и т/бедр.суставов, передвигается с тростью. Эпизодически принимает панкреатин, урсохол.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 23.05.18 | 133 | 4,0 | 4,9 | 11 | 2 | 2 | 66 | 28 | 2 |
| 01.06.18 |  |  |  | 22 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 23.05.18 | 102,3 | 5,2 | 1,44 | 1,18 | 3,35 | 3,4 | 3,2 | 68,0 | 14,2 | 4,1 | 0,44 | 0,17 | 0,23 |

23.05.18 К – 4,21 ; Nа – 137,1 Са++ -1,16 С1 – 105,6 ммоль/л

24.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-58 мкмоль/л; креатинин мочи-10065 мкмоль/л; КФ- 156,2мл/мин; КР- 99,4%

### 23.05.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – ½ п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; моч.к-та, бактерии+, грибки- много.

25.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -125000 эритр - 250 белок – отр

30.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -9000 эритр - отр белок – отр

04.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - отр белок – отр

24.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 24.05.18 Микроальбуминурия – 47,4мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.05 | 9,1 |  | 8,0 | 7,2 |
| 25.05 | 8,8 | 10,2 |  |  |
| 28.05 | 7,5 | 10,1 | 10,4 | 7,5 |
| 01.06 | 9,5 |  | 8,0 | 8,7 |
| 03.06 | 5,8 | 7,5 | 9,2 | 11,9 |

23.05.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м. р-но: контр и коррекция АД, УЗДС МАГ, а-липоевая кислота 600 в/в, нейротропин 4,0 в/в, нейрокобал 1т 2р/д, нуклео ЦМФ 2,0 в/м №5.

22.05.18 Окулист: VIS OD=0,2 сф+1,0д=0,3 OS= 0,05н/к. ОИ-в хрусталиках негомоген.помутнение (ОД ˂OS). ДЗН ОД-бледно-розовые. Границы четкие, неоваскуляризация , больше с носовой стороны. OS-ДЗН бледноват, гр.четкие. ОИ-сосуды извиты, склероз., неравномерного калибра, вены полнокровны с «муфтами» в виде «бус», множественные мелкие геморрагии, аневризмы, тв.экссудаты. В макуле рефлекс сглажен. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Пролиферативная ДРП ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Частичная атрофия зрительного нерва.

01.06.18 Окулист: Пролиферативная ДРП ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Р-но интравитреальное введение айлии в ОД в плановом порядке после компенсации гипергликемии.

23.05.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ЭХО-КС, УЗИ почек, динамика ан.мочи, хипотел 40-80 мг, контр АД.

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 18,5 см3; лев. д. V =10,5 см3

Перешеек – 0,77см. Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, в обеих долях множественные гидрофильные узлы до 1,0 см. В н/д у переднего контура гипоэхогенный узел 2,06\*0,94 см с кистозной дегенерацией. В лев.доле у заднего контура такой же узел 2,21\*1,5 см. В с/3 лев.доли изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,34\*1,13 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Множественные узлы обеих долей.

Лечение: дуглимакс 2/500, метамин, торадив, эналаприл, индопрес 2,5,диалипон турбо, асафен, армадин, димарил, диапирид, мефармил, офлоксацин, флуконазол, колдрекс, лоратадин, ципрофлоксацин.

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах субкомпенсированных значений, общее самочувствие улучшилось, сухость во рту не беспокоит, уменьшились боли и отеки н/к, регрессировали явления ОРВИ. АД 120/80 мм рт. ст. Нуждается в наблюдении и лечении у офтальмолога.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ:

Глимепирид (амарил, олтар, глимакс, диапирид ) 4 мг 1т. за 30 мин до еды

метформин (диаформин, метамин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг 1т 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, лоспирин 75 мг 1т. вечер. Трифас 10 мг 1 т утром натощак 2 раза в неделю. Контр. АД.
4. ЭХО-КС, конс.кардиолога в плановом порядке по м/ж.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрокобал 1 т 2р/д, нуклео ЦМФ 1 т 2р/д-1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ,АТ-ТПО, ТАБП в плановом порядке с послед.конс.эндокринолога по м/ж.
7. Соблюдение рекомендаций окулиста.
8. РГ коленных и т/бедр.суставов, С-реактивный белок, конс ревматолога в плановом порядке.
9. Ципрофлоксацин 500 1 т 2р/д-3 дня, флуконазол 50 мг 1 т 1р/д-3 дня, канефрон 2др 3р/д-1 мес, УЗИ МВС, контроль ан.мочи по Нечиопренко, СОЭ в динамике под контролем семейного врача

Леч. врач Севумян К.Ю.

И.о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.