#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 772

##### Ф.И.О: Исаенко Тамара Ивановна

Год рождения: 1938

Место жительства: г. Запорожье ул. Запорожского Казачества 3-64

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 30.05.18. по 07.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Окклюзия ЗББА обеих н/к, хр ишемия II В ст ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1 ст узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) церебрастенический с-м. Хронический пиелонефрит в стадии нерезко-выраженного обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 16 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, пастозность голеней, гипогликемические состояния утром натощак.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. С ухудшением состояния обратилась в поликлинику по м/ж, при обследовании выявлена гипергликемия 14 ммоль/л. Ранее принимала ССТ. С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию Хумодар Б100Р в сочетании с Диабетон MR 01.2017 появилась троф язва 1п обеих стоп, в настоящее время в стадии полного заживления. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 14ед., гликлазид 60 мг. Гликемия –10-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает аладин 5 мг, эналаприл 10 мг, Смешанный зоб выявлен в 2016 в 4й ГБ. Госпитализирована 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 | | |
| 05.06 | 104 | 3,1 | 5,7 | 52 | |  | | 2 | 0 | 72 | 25 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.06 | 47,9 | 5,9 | 2,0 | 1,67 | 3,31 | | 2,5 | 8,78 | 96 | 12,4 | 3,1 | 1,8 | | 0,39 | 0,48 |

06.06.18 Глик. гемоглобин – 7,1%

05.05.18 Анализ крови на RW- отр

07.06.18 ТТГ – 0,91 (0,3-4,0) Мме/мл

05.05.18 К –4,81 ; Nа –137 Са++ - 1,15С1 - 104 ммоль/л

### 05.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк – на все в п/зр белок – 0,061 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

07.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -225000 эритр - белок – отр

12.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – отр

06.05.18 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – 0,044 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.06 | 6,2 | 11,3 | 10,2 | 12,0 |
| 07.06 | 4,4 | 9,1 | 10,1 | 9,9 |
| 10.06 | 3,3 | 5,8 | 8,9 | 8,0 |
| 12.06 | 5,4 | 9,8 | 7,8 | 7,7 |
|  |  |  |  |  |

05.05.17Невропатолог: ДЭП сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая) церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Рек-но: а-липоевая кислота 600 мг в/в кап № 10, витаксон 1т 2р/д, тивортин 100,0 в/в кап № 10 . левоком 250 мг 2р\д

04.05.17 Окулист: VIS OD=0,3 н/к OS= 0,06 н/к

ОИ –артифакия, ОД- зрачок узкий, гл дно под флером. OS. ДЗН бледно-розовые. С деколорацией Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Макулярный отек OS. Рек-но ОСТ макулы OS. для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения

04.06.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

05.06.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Рек. кардиолога: эналаприл 10-20 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

05.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.06.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Окклюзия ЗББА обеих н/к. хр ишемия II В ст

12.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, конкрементов желчном пузыре на фоне застоя. Фиброзирования поджелудочной железы. Нельзя исключить наличие микролитов почках.

13.06.18 Нефролог. ХБП II диабетическая нефропатия. Рек: канефрон 2т 3р/д 1 мес 2-3 в год, курсами.

04.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,9 см3; лев. д. V = 9,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с множественным гидрофильными очагами до 0,5 см. В пр доле в н/3 гидрофильный узел 0,65 см. В левой доле у заднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,68\*1,31 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей

Лечение: Хумодар Б100Р, мефармил, ципрофлоксацин, флуконазол, амлодипин, диалипон, актовегин, армадин, вазилип, асафен, цианкобаламин,

Состояние больного при выписке: За период стац лечения корригированы дозы инсулина. Уровень гликемии соответствует целевым значениям. Уменьшились боли в н/к АД 130/90мм рт. ст. Учитывая снижение зрения, больной показано введение инсулина в шприц ручке в картриджной форме Постановление № 239 п.4.

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р (пенф) п/з- 18ед., п/уж -12 ед.,

Мефармил (метформин, диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг 2р/д амлодипин 10 мг веч,. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,.
6. Канефрон 2т 3р/д 1 мес 2-3 в год, курсами.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ в плановом порядке.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.