#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 657

##### Ф.И.О: Горохова Тамара Петровна

Год рождения: 1949

Место жительства: Запорожский р-н, с. Кушугум ул. Кирова 119

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.05.18. по 23.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2 , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Почти зрелая катаракта ОД. Незрелая катаракта OS. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хронический пиелонефрит ,обострение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1 . Эутироез. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ДЭП II, смешанного генеза ,церебрастенический с-м, вестибуло-атактический с-м. Остеоартроз с поражением коленных суставов, суставов кистей. НФС II ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з-26 ед.,., п/у-8 ед., Инсуман Рапид п/з 12 ед + диаформин 1000 мг 2р/д. Гликемия –9-6 ммоль/л. НвАIс – 7,3 % от 03.2018 . Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает спиронолактон 25 мг утром, дизиноприл 10 мг 2р/д, эгилок 25 мг 2р/д, амлодипин 10 мг веч, предуктал MR 1т 2р/д, магникор 75 мг 1р/д 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 | | |
| 14.05 | 111 | 3,3 | 3,3 | 47 | |  | | 3 | 2 | 69 | 25 | | 1 | | |
| 16.05 | 110 | 3,3 | 3,6 | 46 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| 21.05 | 119 | 3,6 | 5,0 | 50 | |  | | 1 | 2 | 66 | 30 | | 1 | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.05 | 79,2 | 5,3 | 1,7 | 1,38 | 3,1 | | 2,8 | 6,3 | 79 | 11,8 | 3,0 | 0,68 | | 0,20 | 0,25 |

15.05.18 Железо- 9,8 (10,7 -32,2)

03.05.18 Глик. гемоглобин – 7,3%

22.05.18 С- реактивный белок - отр

18.05.18 Св.Т4 - 17,1 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

АТ ТГ - 619 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО – 71 (0-30) МЕ/мл

17.05.18 К – 4,69 ; Nа – 137 Са++ -1,16 С1 – 103,6 ммоль/л

14.05.18 АЧТЧК- 30,1 ,МНО -0,97 ,ПТИ -103,2 ПТИ – %; фибр – 3,1 г/л;

### 18.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. -ед в п/зр

15.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -143750 эритр -250 белок – отр

18.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

14.05.18 Суточная глюкозурия –отр ; Суточная протеинурия – отр

##### 15.05.18 Микроальбуминурия –56,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.05 | 8,1 | 5,9 | 7,2 | 6,5 |  |
| 15.05 | 7,2 | 7,4 | 8,8 | 9,3 |  |
| 17.05 | 5,2 | 4,9 | 6,6 | 6,8 |  |
| 18.05 | 6,1 | 6,9 | 6,9 | 6,3 |  |

14.05.18Невропатолог: ДЭП II, смешанного генеза ,церебрастенический с-м, вестибуло-атактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

21.05.18 Невропатолог (повторно) со слов больной 19.05.18 ударилась головой, сознание не теряла, головные боли не беспокоят, диагноз тот же, данных за ЧМТ нет.

15.05.18Окулист: VIS OD= 0,06н/к OS= 0,3н/к ;.

Помутнения в хрусталиках ОИ OS под флером. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие сосуды неравномерного калибра ,вены полнокровны, ангиосклероз с-м Салюс II , множественные микроаневризмы ,сливные друзы . Д-з: Почти зрелая катаракта ОД. незрелая катаракта OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.05.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.05.18 На р-гр ШОП в 2 проекциях деформация шейного лордоза, смещение С3 кпереди до 0,3. Признаки субхондрального склероза, снижение высоты межпозвонковых дисков.

11.05.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиослкероз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

15.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

22.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

22.05.18 Нефролог: ХБП II ст.: гипертензивная нефропатия. Гипертоническая болезнь II ст ,высокий риск.

22.05.18 На Р грамме ШОП в 2 проэкциях деформация шейного лордоза ,смещение С3 кпереди до 0,3 см .Признаки субхондрального склероза ,снижение высоты межпозвонковых дисков.

14.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена. Нарушение венозного оттока с лева

18.05.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; нельзя исключить микролитов в почках ,спаек в малом тазу.

23.05.18 Гинеколог: пр здорова.

23.05.18 Гематолог: дообследование общ. белок белковые фракции В2 микроглобулин, затем повторная конс.

22.05.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

11.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,2 см3; лев. д. V = 8,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал , Инсуман Рапид ,эспа-липон ,актовегин ,нуклео ЦМФ, витаксон ,бисопролол , би-престариум ,левофлоксацин,канефрон предуктал MR ,магникор .

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Учитывая снижение остроты зрения ,показано введение Инсуман Базал , Инсуман Рапид в пенфильной форме с помощью шприц-ручки.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, нефролога 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: Инсуман Базал (пенф)п/з- 26ед., п/уж - 6ед., Инсуман Рапид п/з(пенф) 12 ед, .

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. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, кардиомагнил 75 мг 1р/д, бисопролол 10 мг 1р/д. би-престариум 10/10 мг 1р/д Контроль АД, ЭКГ.
5. Эспа-липон 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.
6. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т 2р/д, УЗД МАГ, вестибо 24 мг 2р/д 1 мес. неогабин 75 мг 2р/д 1 мес.
7. Рек доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В СаД3никомед 1т 2р/д курсами по 2 мес 2р\год, терафлекс 1т 2р/д 1 мес, по 1т 3р/д второй месяц. Контроль ОАК, ан. мочи по Нечипоренко в динамике.
8. Рек нефролога: адекватная противогипертензивная терапия. Повторный осмотр невролога после проведения Ргр ПОП в 2х проекциях
9. Рек гематолога: дообследование общ. белок белковые фракции В2 микроглобулин, затем повторная конс.. тардиферон1т/д 2 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Контроль ОАК в динамике через 1 нед, учитывая сохраняющеся ускоренное СОЭ показано продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.