#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 689

##### Ф.И.О: Контемирова Надежда Семеновна

Год рождения: 1962

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Богатыревка ул. Ленина 45

Место работы: ООО ПЖК, работник по озеленению инв Ш гр

Находился на лечении с 10.05.18. по 23.05.18 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, снижение веса на 2 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, головкружение, одышку при ходьбе, колющие боли в сердца, отеки н/к, боли в коленных , голеностопных, лучезапястных суставах .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. при побращении по поводу диаб жалоб, гипергликемия - 19,5 . Стого же времени начал прием ССП ( диапирид, диаформин). периодически принимат форксига 4 мг, онглазу. Куомы отрицает. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг утром 2т + диаформин 1000 мг 2р/д, - нерегулярно

Гликемия –10-14,0 ммоль/л. НвАIс – 9,1 % от 03.2.018 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает лозап 100 мг, кардиомагнил 75 мг, амлодипин 10 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.05 | 116 | 3,5 | 4,0 | 47 | |  | | 3 | 2 | 56 | 38 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.05 | 99 | 6,5 | 3,3 | 1,36 | 3,62 | | 3,8 | 6,8 | 77 | 10,2 | 2,5 | 4,3 | | 0,47 | 0,35 |

17.05.18 Глик. гемоглобин 9,9 %

18.05.18 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –222,6 (0-30) МЕ/мл

17..05.18 К – 4,11 ; Nа –145,3 Са++ -1,15 С1 -98,1 ммоль/л

### 17.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 6-7-8 в п/зр белок – 0,086 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - много в п/зр

21.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 16500 эритр -500 белок – 0,144

18.05.18 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – 0,136

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.05 | 10,9 | 9,8 | 6,1 | 6,9 |  |
| 21.05 | 9,5 | 5,3 | 6,8 | 8,6 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

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.

16.05.18ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка..

18.05.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I.

22.05.18ЭХО КС: систолическая дисфункция ЛЖ не нарущена. Начлаьная ДДЛЖ по типу нарушение релаксации. Регургитация на ТК 1 ст на МР ++ . Дилатация полости ЛППП. Эхопризнаки начальной легоной гиперплазии. Гипертрофия миокарда ЛЖ ++ типу

22.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

21.05.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

17.05.18РВГ: 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 умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохраненна

22.05.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст ; с увелчиением её размеров, перегиба желчного пузыря в/3 и в области шейки , застоя в желчном пузыре, опущение и повышенной подвижности лдевой почки, нельзя исключить налчие микролитов в почках

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

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

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. 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. Круглогодично 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. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
10. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.05.18. по 15.05.18 к труду .05.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.