#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 674

##### Ф.И.О: Федоровская Светлана Васильевна

Год рождения: 1957

Место жительства: Василеьвский р-н, г. Днепрорудное ул. Ленина 9- 73

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 14.05.18. по 26.05.18 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, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, учащенное сердцебиение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 03.2016г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . В наст. время принимает: диапирид 2,5 мг 1р/д, диаформин 850 мг 2р/д . Гликемия –10-15 ммоль/л. НвАIс – 8,9 % от 26.04.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД длительно . Из гипотензивных принимает хипотел 40 мш 1р/д

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 | | |
| 15.05 | 128 | 3,8 | 4,8 | 23 | |  | | 2 | 1 | 61 | 32 | | 4 | | |
| 23.05 | 124 | 3,7 | 4,0 | 30 | |  | | 1 | 1 | 61 | 35 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 15.05 | 72,2 | 7,23 | 2,42 | 1,16 | 4,95 | | 5,2 | 5,5 | 80,3 | 11,0 | 2,4 | 3,1 | | 0,2 | 0,1 |

16.05.18 Глик. гемоглобин - 9,9%

18.05.18ТТГ – 1,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 104,0 (0-30) МЕ/мл

15.05.18 К – 4,66 ; Nа – 134 Са++ - 1,11С1 -100 ммоль/л

### 17.05.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – на все в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – много ; эпит. перех. -1-2 в п/зр

17.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 22500- эритр -1000 белок – отр

24.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 88000- эритр -250 белок – отр

16.05.18 Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – отр

##### 18.05.18 Микроальбуминурия –60,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.05 | 9,2 | 13,1 | 7,4 | 9,6 |
| 17.05 | 11,5 | 9,3 | 7,0 | 9,1 |
| 19.05 | 8,9 | 10,0 | 6,5 | 8,9 |
| 21.05 | 9,8 | 8,9 | 10,3 | 9,0 |
| 23.05 | 8,8 | 8,1 | 4,9 | 6,8 |
| 24.05 | 9,8 |  |  |  |

15.05.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст ,смешанного генеза, церебраостенчиесикй с-м.

18.05.18 Окулист: VIS OD= 0,5сф + 1,0=0,9 OS= 0,9 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: А:V 1:2 сосуды расшиерны, извиты, склерозированы, вены неравнмоерног оклаибра, с-м Саплюс 1- II ст. В макулярной области без особенностей Д-з: Эндокринная офталмьоаптя легкой тспени не активная фаза, начальная ктаракта , ангиопатия сетчакти ОИ

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

17.05.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосдклреоз СН 1. САГ II ст.

20.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

22.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

24.05.18 Нефролог: ХБП II ст.: МКБ, мелкие конкременты обеих почек.

15.05.18 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

16.05.187 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, опущение левой почки, кислы левой почки, меклких конкрементов , микролитов обеих почках , без наращения урокинетии

14.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,1см3; лев. д. V = 9,1 см3

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

Лечение: ураваксон, фуромаг, вазилип, онглиза, диаформин, уронефрон, глюкофаж, бисопролол, диалдипон, диаформин, магникор, иоллипон, ватксон, нуклео ЦМФ

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. Преднизолон 5 мг 2 табл в 8.00, 2 табл в 11.00 ,дозу преднизолона постепенно уменьшать на 5 мг 1 раз в неделю до отмены препарата ,под контролем ОАК
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
5. 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. 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. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.05.18. по 15.05.18 к труду .05.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.