#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1288

##### Ф.И.О: Авраменко Людмила Александровна

Год рождения: 1948

Место жительства: Ореховский р-н, с. Преображенка ул. Кооперативная, 20

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 03 .10.18 по 11.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ .Осложненная катаракта ,ВПК OS.Начальная катаракта . Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к .Варикозная болезнь нижних конечностей .ВРВ II ст. обеих нижних конечностей .Тромбофлебит поверхностных вен, ХВН II .Смешанный зоб I ст .Узлы левой доли .Эутиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ 35 /м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, постинфаркный кардиосклероз (без даты) СН II А-Б ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ОРВИ.(ринобронхит).Бронхиальная астма ,контролируемая. ДЭП 1- II сочетанного генеза ( дисметаболическая гипертоническая) церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, гипогликемические состояния участившееся в течении последней недели, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физ. нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен 1991 г. Течение заболевания стабильное.. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 1996 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. Уточнить вводимые дозы инсулина пациентка не может ,постоянно путается в называемых показателях. Со слов, вводит возможно следующие дозы Генсулин Н п/з- 20ед.,п/у-22 ед. Генсулин Р п/з -10 ед ,Генсулин Р п/уж-18ед ,метамин 1000 мг 2 р/день. Гликемия амбулаторно 1,5-18 ммоль/л. Бронхиальная астма в течении 3 лет ,принимает беродуал по требованью .В 2015 году выявлен смешанный зоб . ТТГ 2,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТТПО -51,5 Повышение АД с 1991 года ,принимает эналаприл 10 мг 1 р/день. 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 | | |
| 04.10. | 144 | 4,3 | 6,1 | 12 | |  | | 1 |  | 72 | 26 | | 1 | | |
| 09.10 |  |  | 10,5 | 12 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| 10.10 | 150 | 4,5 | 8,2 | 23 | |  | | 3 | 2 | 71 | 21 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.10 | 71 | 5,07 | 2,92 | 0,89 | 2,8 | | 4,7 | 6,2 | 81 | 8,3 | 2,4 | 4,3 | | 0,3 | 0,1 |

05.10.18 Глик. гемоглобин -9,3 %

10.10.18 ТТГ – 0,98 (0,3-4,0) Мме/мл

04.10.18 К – 4,91 ; Nа – 138,5 ммоль/л ,Са++ - 1,26 С1 - 103 ммоль/л

### 04.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 1/2 в п/зр, белок – отр ацетон –отр; эпит. пл.-ум количество; эпит. перех. - в п/зр

08.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

05.10.18 Суточная глюкозурия –1,2 %; Суточная протеинурия – 0,045

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.10 |  |  |  | 10,7 | 10,2 |
| 04.10 2.00-7,9 | 5,7 |  |  |  |  |
| 04.10 | 5,7 | 14,8 | 14,3 | 8,6 |  |
| 05.10 | 7,5 |  | 9,8 | 13,0 |  |
| 07.10 | 5,0 | 7,9 | 9,2 | 10,3 |  |

05.2017Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. ДЭП 1- II сочетанного генеза ( дисметаболическая гипертоническая) церебрастенический с-м.

04.10.18 Окулист: VIS OD= 0,04 OS= 0,02 ;.Помутнения в хрусталиках ОД. OS – артифакия. Помутнение задней капсулы. Гл. дно: сосуды извиты, выраженные ангиосклероз, вены полнокровны, микроаневризмы, геморрагии экссудаты. Д-з: Осложнённая катаракта . ВПК OS . Начальная катаракта . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.1.018 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочной области.

09.10.18Кардиолог: ИБС, п/инфарктный (без даты) кардиосклероз, СН II А-Б. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

05.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

08.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь н/к. ВРВ Ш ст. обеих н/к. Тромбофлебит поверхностных вен. ПТФС : ХВН II ст. Невправимая пупочная грыжа средних размеров.

09.10.18 На р-гр ОГК № 7240 : легкие без инфильтрации , корни малоструктурны, сердце – увеличен левый желудочек.

10.10.18 Иммунолог: ОРВИ(ринобронхит) бронхиальная астма, контролируемая.

10.10.18 Гинеколог: пр здорова

03.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9 см3; лев. д. V 5,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура не однородная, мелкий фиброз. и единичными гидрофильные очаги до 0,35 см. В левой доле у переднего контура гидрофильный узел 1,1\*0,66 см. рядом такой же узел 0,5\*0,4 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: димедрол, папаверин, зацеф, Генсулин Н, Генсулин Р, тиоцетам, диалипон, трифас, вазилип, беродуал эналаприл, асафен витаксон, анальгин.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, на фоне проведенной коррекции инсулинотерапии, за период лечения в условиях энд отделения гипогликемических состояний не отмечалось, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. температура 36,8 С. Проведена беседа по технике инсулинотерапии, режиме диетотерапии. С 09.10.18 отмечаются явления ОРВИ. Консультирована иммунологом, даны рекомендации по дальнейшему лечению. Учитывая высокий риск контагиозности в отделении пациентка выписывается под наблюдение семейного врача по м\ж

Рекомендовано:

1. Продолжить лечение ОРВИ у семейного врача по м/ж.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога , аллерголога, невропатолога по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
5. Инсулинотерапия: Генсулин Р (пенф) п/з- 16ед., п/уж - 12ед., Генсулин Н (пенф)п/з 22 ед, п/у 20 ед
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, Nt pro BNP. Контроль ЭКГ. Предуктал MR 1т 2р/д, верошпирон 100 мг 1р/д, диротон 5-10 мг 1р/д,
10. 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.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит железы в плановом порядке.
12. Рек иммунолога: бронховаксон 7 мг утром до еды 10 дней. Курс иммунореабилитации в ЦКИА ЗОКБ в 12.2018. Ундевит 1драже в сутки с октября по июнь ежегодно.
13. Рек хирурга: сосудистая, нейрометаболическая терапия, наблюдение невролога, ангиохирурга, флебодиа или детралекс 500 мг постоянно, серрата 10 мг 1т 2р/д 2 нед, лоспирин 75 мг постоянно, лиотон гель 2р/д, компрессионный трикотаж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.