#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 148

##### Ф.И.О: Данилова Инна Александровна

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул. Космическая 90

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 29.01.18 по 09.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 0-1. Мелкий узел правой доли. Эутиреоз. ДЭП 1 ст смешанного генеза, цереброастенический с-м, синкопальное состояние (26.01.18) ДДПП, ПОП, вертеброгенная люмбалгия, Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Остеоартроз с преимущественным поражение крупных суставов Ro II НФС II ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в прекардиальной области, онемение пр. в/к беспокоят в течение 6 мес. потерю сознания 26.01.18 в сознание пришла самостоятельно.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 40ед., п/у- 30ед. Гликемия 10-18 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Усиление болей н/к в течение года. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг нерегулярно. 26.01.18 в 23.00 потеря сознания, в сознание пришла самостоятельно, в дальнейшем была вызвана СМП, при контроле АД 180/90 уровень гликемии 18,8 со слов больной. 16.05.16 АТТПО – 7,6 ( 0-30) ТТГ – 0,8 (0,3-4,0). 13.05.16 УЗИ щит железы – умеренные диффузные изменения паренхимы. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 30.01 | 141 | 4,6 | 7,5 | 33 | 1 | 1 | 54 | 42 | 2 |
| 05.02 | 143 | 4,6 | 7,8 | 34 | 2 | 0 | 62 | 32 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 30.01 |  | 6,88 | 1,77 | 1,38 | 4,68 | 3,8 | 4,7 | 57,2 | 14,3 | 3,0 | 3,3 | 0,29 | 0,35 |

30.01.18 Глик. гемоглобин – 12,5%

30.01.18 Анализ крови на RW- отр

30.01.18 К –3,82 ; Nа – 138 Са++ - 1,08С1 - 105 ммоль/л

05.02.18 АЧТЧ 29,7 МНО 0,97 ПТЧ 12,7 ПТИ 102 фибрг 5,1

29.01.18 тропонин крови – отр.

31.01.18 тропонин крови – отр.

### 20.01.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –10-14 в п/зр белок – 0,024 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

31.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2000 эритр -7000 белок – 0,032

01.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр –белок – отр

31.01.18 Суточная глюкозурия –3,31 %; Суточная протеинурия – 0,036

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.01 | 8,,3 |  | 13,8 | 12,6 |
| 01.02 | 10,1 | 11,5 | 6,8 | 14,9 |
| 03.02 | 11,3 | 9,8 |  | 9,2 |
| 06.02 | 10,1 | 10,6 | 11,6 | 11,9 |
| 07.02 | 9,2 | 8,9 | 8,8 | 7,4 |
| 08.02 | 5,8 |  | 9,2 | 10,5 |
| 09.02 | 5,6 |  |  |  |

29.01.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДДПП, ПОП вертеброгенная люмбалгия, ДЭП 1 ст смешанного генеза, цереброастенический с-м, синкопальное состояние (26.01.18)

02.02.18 На р-гр ОГК обеих коленных суставов признаки субхондрального склероза, сужение суставных щелей, характерно для ДОА II ст

29.02.18ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовая тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. Очаговые изменения миокарда переднебоковой области.

05.02.18ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. При сравнении с ЭКГ от 01.02.18 динамика положительная.

29.01.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II-III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек. кардиолога: дообследование КАГ или КТ сердца и коронарных артерий, повторный осмотр кардиолога. Амлодипин 5-10 мг 1р\д, аспирин кардио 100 мг 1р\д, преудктал 1т 2р/д, при недосточном снижение АД нолипрел форте 1т 1р/д.

02.02.18 ЭХО КС: ФВ 65% Уплотнение аорты, больше в устье и АК. Умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ. Минимальная митральная регургитация. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

29.01.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

31.01.185РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

30.01.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ИБС постинфарктный кардиосклероз (без даты), стенокардия напряжения 1. Ф.кл СН 1. Ф. кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии 3 степени. Риск 4. Остеоартроз с преимущественным поражение крупных суставов Ro II НФС II ст.

03.02.18 МРТ головного мозга: МРТ картина легкой дисциркуляторной энцефалопатии.

07.02.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,6 см3; лев. д. V =5,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз В пр доле в/3 коллоидная киста 0,58\*0,48 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Мелкий узед правой доли.

Лечение: Валериана, Фармасулин НNP, диаформин, лизиноприл, амлодипинн, магникор, предуктал MR, розарт, индапрес, т-триомакс, диалипон, витаксон

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Т тела 36,4. Пациентка контактна по кори.

Рекомендовано:

1. В связи с возможным контактом по кори, рекомендовано обращение к инфекционисту по м/ж
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога, кардиолога по м\жит.
3. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
5. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-40-42 ед., п/уж -28-30 ед., .

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 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 доц. кафедры Ткаченко ОВ: доплерография сосудов головного мозга, ЭЭГ, холтеровское мониторирование ЭКГ. Контроль АД, бисопролол 5 мг 1т, лизиноприл 10 мг утром, индап 2,5 мг утром, амлодипин 5 мг веч, предуктал MR 1т 2р/д, магникор 75 мг веч, Конс ревматолога. Кальций Д3 никомед 1т 2р/д 2 мес 2р/год, хондропротекторы.
5. 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.
6. Рек. невропатолога: дообследование ЭЭГ ( в эндодиспансере отказалась). Повторный осмотр с результатами
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Конс окулиста по м/ж
9. Конс ревматолога по м/ж, учитывая изменения на р-гр обеих коленных суставов.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.