#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 160

##### Ф.И.О: Бондаренко Татьяна Евгеньевна

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Запорожье пр Моторостроителей 11

Место работы: АТ « Мотор СИч» мойщик деталей

Находился на лечении с 31 .01.18 по 10.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, 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.

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 20 кг за год, затруденние движения в левой кисти после перенесенной травмы, одышку при ходьбе, периодчиески колющие боли сердце

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. Выявлен при обращениии к врачу по повооду поетри веса, диабетическах жалоб, была госпитлаизирована в в энд. отд 4-й ГБ, была ацетонурия. В связи с отказом от инсулина (со слов больной) были назначены диаформин, диапирид. +++ была переведена на диабизид М. В наст. время принимает: дибизид М 2т утром + 1,5 т веч. Гликемия –12,1-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 01.02 | 148 | 4,4 | 6,1 | 13 | 1 | 0 | 72 | 27 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 01.02 | 66,5 | 4,73 | 0,90 | 2,02 | 2,29 | 1,3 | 3,5 | 72 | 9,1 | 1,9 | 1,9 | 0,27 | 0,48 |

01.02.18 Глик. гемоглобин -14,5 %

01.02.18. ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/млАТ

02.02.18 АЧТЧ 27 МНО 0,9 ПТИ 12,8 ПТИ 101,5 фибр – 3,6

01.02.18 К – 3,87 ; Nа – 136 Са++ -1,09 С1 -104 ммоль/л

03.02.18 Проба Реберга: креатинин крови- 64мкмоль/л; креатинин мочи-5335 мкмоль/л; КФ-169,7 мл/мин; КР- 99 %

### 01.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1036 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,033 ацетон –3+; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

С 05.02.18 ацетон – отп

02.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4500 эритр -250 белок – отр

05.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - белок – отр

03.02.18 Суточная глюкозурия –2,73 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 01.02 | 16,4 | 7,9 | 13,0 | 10,0 | 10,9 |
| 03.02 | 13,8 | 6,1 | 6,2 | 12,1 |  |
| 04.02 | 5,7 | 10,2 | 10,5 | 11,0 |  |
| 06.02 | 11,5 | 12,5 | 12,5 | 8,6 |  |
| 07.02 | 9,3 | 12,7 | 23,6 | 9,9 |  |
| 08.02 | 7,8 | 10,9 | 13,2 | 9,,3 |  |

02.02.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4)

02.02.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены, извиты ,склерозированы, вены уплотнены, неравномерного калибра. В макулярной области без особенностей Д-з: Диабетическая Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

31.01.18 ФГ ОГК№ 109965 без патологии.

31ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

07.12.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0

08.12.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.02.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

07.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 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 незначительно нарушена.

31.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,0 см3; лев. д. V = 10,9 см3

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

Лечение: дибизид М, L-тироксин, диалипон, витаксон аспаркам, фуросемид

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. 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.,

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. Б/л серия. АДГ № 6717 с .01.18 по .01.18. к труду .02.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.