#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 47

##### Ф.И.О: Тищенко Валентина Петровна

Год рождения: 1957

Место жительства: г. Запорожье ул. Хортицкое шоссе 44а- 190

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 09.01.18 по 24.01.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение II ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб II ст. Узлы обеих долей Эутиреоидное состояние. ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф кл. диффузный кардиосклероз. СН II А. ф .кл II Гипертоническая болезнь II-Ш стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ТИА в системе каротид справа (10.01.18). ДЭП II ст, смешанного генеза, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, прогрессирующее ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/90 мм рт.ст., пекущие боли в стопах. шаткость при ходьбе, головокружении, головные боли, отеки голеней стоп к вечеру, одышку при ходьбе. ощущение сердцебиений, чувство тяжести за грудиной,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г во время прохождения медкомиссии как ликвидатор ЧАЭС. Тогда же назначен сиофор. Комы отрицает. В 1997 назначена инсулинотерапия во время оперативного вмешательства, в дальнейшем переведена на Хумодар Б100Р, в сочетании с диаформином. В настоящее время Хумодар Б100Р, п/з 24ед, п/у 13-14 ед, диаформин 1000мг утром. Консультирована городским эндокринологом. Рекомендован перевод на Инсулар Стабил. По м/ж выдан данный вид инсулина. Повышение АД в течение 18 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол, эналаприл 10 мг, тромбонет 75 мг, вазилип 10 мг. 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 |
| 10.01 | 138 | 4,4 | 6,8 | 10 | 3 | 0 | 58 | 36 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 10.01 | 90 | 5,0 | 1,19 | 2,77 | 1,17 | 3,2 | 8,16 | 79 | 14,5 | 3,5 | 2,0 | 0,24 | 0,51 |

10.01.18 Глик. гемоглобин – 9,9%

12.01.18 ТТГ – 2,8 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТГ - 10,0 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО –147 (0-30) МЕ/мл

10.01.18 К – 4,49 ; Nа –134,4 Са++ -1,17 С1 - 102 ммоль/л

### 10.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

11.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -250 белок – 0,028

11.01.18 Суточная глюкозурия –2,7 %; Суточная протеинурия – 0,203 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.01 | 8,5 | 11,5 | 11,5 | 13,5 | 13,7 |
| 15.01 | 8,0 | 11,1 | 11,6 | 13,3 | 11,3 |
| 16.01 | 6,6 |  |  |  |  |
| 18.01 | 6,0 | 11,7 | 7,0 | 12,7 | 10,6 |
| 21.01 | 6,1 | 12,4 | 10,6 | 9,3 |  |
| 23.01 | 8,1 | 15,8 13.00-10,7 | 8,1 | 7,7 |  |
| 24.01 |  |  |  |  |  |

11-23.01.18Невропатолог: ТИА в системе каротид справа (10.001.18). ДЭП II ст, смешанного генеза, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6),

10.01.18Окулист В хрусталике помутнения, на передней капсуле отложения. Гл. дно: границы четкие сосуды сужены извиты, склерозированы, с-м Салюс II ст. Множественные микроаневризмы, твердые экссудаты, геморрагии, дистрофические пигментированные очаги. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ псевдоэксфолиативный с-м, открытоугольная глаукома ОИ. Рек : продолжить инстилляции антиглаукоматозных препаратов.

11.01.18 ЭКГ: ЧСС 63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия ЛЖ

19.01.18 ЭКГ: ЧСС 67- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Полная блокада ПНПГ .Гипертрофия ЛЖ

11.01.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф кл. диффузный кардиосклероз. СН II А. ф .кл II Гипертоническая болезнь II-Ш стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Рек: аспирин кардио , предуктал 1т 2р/д, лозап 100 мг /сут, трифас 5мг, бисопролол 5 мг Дообследование ЭХОКС. Контроль АД ЭКС

20.01.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

19.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

19.01.18 УЗИ МАГ и шеи: Признаки затрудненного венозного оттока по внутренней яремной вене справа.

18.01.8 МРТ МРТ картина Дисциркуляторная энцефалопатии 1- II на фоне начальной органичной церебральной атрофии

09.01.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,1 см3; лев. д. V = 8,8 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В пр доле у задел контура гидрофильный узел 0,8\*0,52 см. В левой доле в с/3 такие же узлы 0,7\*0,53 см. и 0,52 см. В н/3 левой дол изоэхогенный узел гидрофильным ободком 0,85\*0,68 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Инсулар Актив, Инсулар Стабил, Хумодар Б100Р, актовегин, лозап, корвалол, амлодипин, диаформин, Хумодар Р100Р, амлодипин торикард, амлодипин, ланотон, тробонет, бисопролол, торикард, бетоптик, нейроксан, фармадипин.

Состояние больного при выписке: Нормализовались показатели гликемии, уменьшились боли в н/к, шаткость при ходьбе, головокружение, головные боли . АД 130/80-150/90мм рт. ст. Выданы 2 шприц ручки Хумапен для введение инсулина.

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 <6,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Инсулар Актив (пенф) п/з-14-16 ед., п/уж 8-10 ед., Инсулар Стабил (пенф)п/з- 32-34ед., п/уж -16-18 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 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. Гипотензивная терапия: лозап 50 мг 2р/д. бисопролол 10мг утром, амлодипин 10 мг веч. торикард 10 мг веч.
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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов с послед конс. эндокринолога.
7. Ре невролога: кардиомагнил 75 мг 1т/сут, астин 20 мг под контролем липидограмы и печеночных проб, вестинорм 24 мг2р/д 1 мес, нейроксон 500 мг 1т 2р/д 1 мес. продолжить а-липоевую кислоту.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.