#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1209

##### Ф.И.О: Пономарева Тамара Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Энергодар ул. Молодежная 41-100

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 07.10.16 по 19.10.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). цефалгический, цереброастенический с-м. ХБП Ш диабетическая нефропатия Ш, МКБ, пиелонефрит в ст ремиссии. Гипертоническая болезнь II ст, Ш степени, очень высокий риск. Гипертрофия ЛЖ. Ангиопатия сетчатки. СН ф. кл II. Ожирение 1 ст (ИМТ 30), алим.-конституционального генеза, стабильное. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за 6 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в суставах кистей.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг утром, + метфогамма 500 мг 1р\д Гликемия – 10,6-13,0ммоль/л. НвАIс – 8,3% от 23.09.16. Боли в н/к в течение 6 ес. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 1р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.10.16 Общ. ан. крови Нв – 158г/л эритр – 4,8 лейк – 4,5 СОЭ –18 мм/час

э- 1% п- 0% с- 68% л- 28 % м-3 %

10.10.16 Биохимия: СКФ –75 мл./мин., хол –6,62 тригл -1,74 ХСЛПВП -1,6 ХСЛПНП -4,22 Катер – 3,1мочевина –4,2 креатинин –76 бил общ – 9,5 бил пр –2,3 тим –2,8 АСТ – 0,29АЛТ –0,34 ммоль/л;

10.10.16 Анализ крови на RW- отр

12.10.16; ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 72,3(0-30) МЕ/мл

13.10.16 К –4,18 ; Nа – 140 Са – 2,19 ммоль/л

### 11.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

11.10.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

10.10.16 Суточная глюкозурия – 0,49%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.10.16 Микроальбуминурия –82,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.10 | 10,9 | 13,2 | 11,9 | 8,4 |
| 12.10 | 10,0 | 13,3 | 10,1 | 7,6 |
| 15.10 | 8,5 | 8,5 | 9,9 | 7,5 |
| 18.10 | 7,5 | 12,0 | 6,3 |  |
|  |  |  |  |  |

08.10.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая). цефалгический, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение.

04.10.16Окулист: VIS OD=0,6 OS= 0,7

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). . Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

04.10.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

10.10.16ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

11.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.1.016РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов повышен.

10.10.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие микролитов почках.

11.10.16Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В СД тип 2 средней тяжести декомпенсация. ХБП ш диабетическая нефропатия Ш, МКБ, пиелонефрит в ст ремиссии. Гиепртончиеская болезнь II ст, Ш степени, очень высокий риск. Гипертрофия ЛЖ. Ангиопатия сетчатки. СН ф. кл II. Ожжирение 1 ст (ИМТ 30), алим.-конституционального генеза, стабильное

04.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,0см3; лев. д. V = 4,8 см3

Перешеек –0,24 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура мелкозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диалипон, тивортин, витаксон, Диабетон MR, метфогамма, каптоприл, валериана, фенигидин, диаформин, эналаприл, розарт, индапрес, аспирин кардио.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 90 мг,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В : эналаприл 10 мг утром, + 5 мг веч, индап 2,5 мг утром, кардиомагнил 75 мг на ночь, розувастатин 10 мг на ночь.
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.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.