#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 461

##### Ф.И.О: Ардельянова Елена Анатольевна

Год рождения: 1963

Место жительства: Приморский р-н, с. Преслав, ул. Ленина 76

Место работы: н/р

Находился на лечении с 27.03.17 по 06.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Почти зрелая катаракта ОД. ДДПП на поясничном уровне, протрузия L3-L4-L5, спондилоартроз, с-м люмбоишалгия. Мышечно-тонический, болевой с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, боли за грудиной при физ нагрузке. .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-22 ед., п/у-20 ед. глюкофаж 1000 веч Гликемия –6,0-14,7 ммоль/л. НвАIс – 10,2 % от 15.03.17. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет, гипотензивная терапия не регулярная. АИТ с 2010, ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –2880 (0-30) МЕ/мл от 2016. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.03.17 Общ. ан. крови Нв –178 г/л эритр –5,3 лейк – 4,6 СОЭ –7 мм/час

э- 2% п- 2% с- 58% л- 35% м- 3%

28.03.17 Биохимия: СКФ –106,7 мл./мин., хол –6,0 тригл -1,39 ХСЛПВП -1,41 ХСЛПНП -3,9 Катер -3,2 мочевина –6,5 креатинин – 88,0 бил общ – 16,0 бил пр –4,0 тим –1,7 АСТ – 0,28 АЛТ –0,27 ммоль/л;

28.03.17 Анализ крови на RW- отр

28.03.17 ТТГ – 3,5 (0,3-4,0) Мме/мл

### 28.03.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. - ед в п/зр

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

29.03.17 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.03.17 Микроальбуминурия –6,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.03 | 6,0 | 8,1 | 11,0 | 9,7 | 6,1 |
| 01.04 | 4,9 | 9,3 | 6,4 | 5,6 | 5,2 |
| 04.04 | 4,5 |  |  |  |  |

27.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. . ДДПП на поясничном уровне, протрузия L3-L4-L5, спондилоартроз, с-м люмбоишалгии, мышечно-тонический, болевой с-м.

30.03.17 Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,9 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умеренно сужены извиты, невыраженный ангиосклероз. С-м Салюс 1. В макулярной области без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Почти зрелая катаракта ОД.

27.03.17 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, гипертрофия ЛЖ.

30.03.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рекомендовано нолипрел форте 1т утром, контроль АД. ЭКГ.

01.04.17 ЭХО КС: Уплотнение аорты, гипертрофия В/3 МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Дополнительная хорда ЛЖ с прикреплением в с/3 СЖП. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме

2016 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.03.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. II ст

27.03.17 МРТ ПОП: МРТ картина дегенеративно-дистофических изменений поясничного отдела позвоночника. Протрузии дисков L3-L4-L5 на фоне относительного бокового дегенеративного стеноза, позвоночного канала. Спондилоартроз 2-3 ст.

27.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,0 см3; лев. д. V =7,3 см3

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

Лечение: хемопамид, эналаприл, фармасулин, эналаприл, глюкофаж, мильгамма, тивортин, диклоберл, Фармасулин НNP, фенигидин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняются пекущие боли в н/к, слабость . АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-24-26 ед., п/уж – 8-10ед.,

Глюкофаж (диаформин, сиофор ) 1000 – ½ т утром + 1 т веч .

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. Эналаприл 10 мг утром, индапамид 1,5 мг 1т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек. окулиста: оперативное лечение в плановом порядке.
8. Направить на ЛКК по м\ж с учетом длительности заболевания, сосудистых осложнений СД, сопутствующей патологии для решения вопроса о степени утраты трудоспособности.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В