#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 805

##### Ф.И.О: Вовк Нина Константиновна

Год рождения: 1945

Место жительства: г. Запорожье ул. Магара 6а- 18

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 31.05.17 по 12.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст., Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза преимущественно в ВБС, вестибуло-атактический с-м. Незрелая катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, боли в суставах, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до160/100 мм рт.ст., головные боли, периодические гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (манинил, амарил). С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: новомикс п/з28 ед., п/у- 18ед диаформин 1000 2р/д Гликемия –14,5 ммоль/л. НвАIс – 7,6 % от 04.2017. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг, амлодипин 10 мг, индапрес 2,5. АИТ, гипотиреоз выявлен в 2009 АТТПО – 1560 (2013). Нерегулярно принимает гормональную, заместительную терапию. ТТГ – 50,2 (2013) в последующем уровень ТТГ не определяла. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД, назначения тиреоидных гормонов.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 01.06 | 143 | 4,4 | 4,2 | 24 | 0 | 1 | 56 | 41 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 01.06 | 61,6 | 5,0 | 1,0 | 1,07 | 3,47 | 3,7 | 5,3 | 102 | 10,4 | 2,6 | 1,49 | 0,34 | 0,55 |

02.06.17 ТТГ 7,4 (0,3-4,0) Мме/мл

### 01.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

06.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -100 эритр - белок – отр

02.06.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 02.06.17 Микроальбуминурия – 28,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 01.06 | 10,6 | 10,1 | 9,0 | 5,8 |
| 03.06 | 8,5 | 7,3 | 8,7 | 11,4 |
| 06.06 |  |  |  | 7,8 |

31.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия, сочетанного генеза преимущественно в ВБС, вестибуло-атактический с-м.

07.06.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие Сосуды сужены, ангиосклероз. Салюс I-II. вены значительно расширены. Неравномерного калибра. В макулярной области переливчатость. Д-з: Диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки. Незрелая катаракта ОИ.

31.05.17 ЭКГ: ЧСС – 85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

02.06.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., небивалол 2,5-5 м, кардиомагнил 75 мг . Контроль АД, ЭКГ.

06.06.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

31.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст . Рек-но дуплекс. н/к по м/ж.

01.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к 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 незначительно нарушена.

01.06.17 Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева – .1,0 Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

31.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,7 см3; лев. д. V = 9,8см3

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

Лечение: хемопамид, бисопролол, метфогамма, Новомикс, тиогамма, тиоцетам, L-тироксин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90 мм рт. ст. Дозы Новомикса не изменены.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новомикс п/з- 28ед., п/уж 18- ед.

Метфогамма (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) с контролем липидограммы.
3. Гипотензивная терапия: амлодипин 10 мг веч, бисопролол 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес..
5. L-тироксин 50 мг утром натощак за 30 мин до еды. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Рек. окулиста: В плановом порядке ФЭК + ИОЛ на ОД – по бюджету, ОСТ макулярной области ОИ.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В