#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 647

##### Ф.И.О: Яцук Нина Александровна

Год рождения: 1954

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи ул. Гоголя 17

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 28.04.17 по 11.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) хроническое течение. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия н/к. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. гипотиреоз впервые выявлений. Травматический кератит ОД. Незрелая катаракта, ангиопатия сетчатки ОИ. ДЭП 1 цереброастенический с-м, Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, парестезии, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/100 мм рт.ст. периодически боли в области сердца, иррадиирущие в лопатку

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, Диабетон MR). С 2016 по настоящее время принимает трипрайд 1т 2р/д . Гликемия – 8,0-12,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 20 мг1т утром, бисопролол 5 г 1тв обед, семлопин 5 мг веч.С 20.04.17 по 28.04.17 находилась на лечении в глазном отделении ЗОКБ по поводу травматического кератита ОД. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 11.05 | 133 | 4,0 | 3,9 | 35 | 1 | 0 | 64 | 31 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.05 | 74,5 | 7,0 | 2,6 | 1,30 | 4,5 | 4,4 | 5,6 | 90,2 | 13,5 | 3,4 | 1,2 | 0,17 | 0,17 |

28.04.17 Глик. гемоглобин -13,5 %

03.05.17 Анализ крови на RW- отр

28.04.17 ТТГ – 8,77 ( 0,4-4,0) Мкме/мл

05.05.17 АТТПО – 438,0 (0-30)

### 11.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –12-14местами до 25 в п/зр белок – 0,026 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. ед уретр – 0-1-2 в п/зр, соли мочевой кислоты.

03.05.17 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – 0,101

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 23.00 |
| 29.04 | 7,1 | 12,5 | 10,0 | 9,6 |  |
| 02.05 | 6,1 | 5,8 | 7,3 | 10,2 |  |
| 04.05 | 7,6 | 10,5 | 9,6 | 11,0 |  |
| 06.05 | 8,6 | 10,1 | 12,0 | 8,8 |  |
| 09.05 | 7,5 | 10,2 | 8,0 | 7,2 |  |
| 10.05 | 7,0 | 10,7 |  | 9,1 |  |
| 10.05 |  |  |  |  | 6,9 |
| 11.05 | 5,6 | 9,8 |  |  |  |

0505.17Невропатолог: ДЭП 1 цереброастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) хроническое течение. Рек-но: реп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап.№ 10, витамины гр В, № 10

05.05.17Окулист: VIS OD=0,2 OS= 0,3-0,4 Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены, извиты склерозированы, вены уплотнены. Д-з: Травматический кератит ОД. Незрелая катаракта, ангиопатия сетчатки ОИ. Рек но: продолжить лечение рекомендованное в выписке из отд МХГ ЗОКБ + монокулярная повязка, повторный осмотр.

28.04.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

05.0517 РВГ: Нарушение кровообращения II-III с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока справа.

05.05.17 Допплерография: Определение ЛПИ противопоказано из-за наличия у больной ВРВ н/к

28.04.17Хирург: Диабетическая ангиопатия н/к. рек-но наблюдение ангиохирурга невролога. Дуплекс артерий и вен н/к.

10.05.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; функционального раздражения кишечника, опущения левой почки, перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

28.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8см3; лев. д. V = 8,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: хемопамид, бисопролол, лизиноприл, трипрайд, метамин, актовегиновое желе, окомистин, тиотриазолин, униклофен, диалипон, Хумодар Б100Р, эутирокс, тиогамма, сигницеф, L-тироксин

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-22-24ед., п/уж -4-6 ед.,

Метамин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (этсет 20мг 1т на ночь) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: индапамид 2,5 мг 1т утром натощак, бисопролол 5 мг ут в обед, лизиноприл 20 мг 1т утром. семлопин 20 мг 1т веч лоспирин 75 мг 1т на ночь. Контр. АД.ЧСС
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*2р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. L-тироксин 25 мкг утром натощак за 30 мин до еды. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ через 1 мес с последующей конс. эндокринолога
7. Соблюдение рекомендаций окулиста.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В