#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1442

##### Ф.И.О: Богатырева Галина Николаевна

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Бердянск ул. Лазо 51

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.10.17 по 02.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, отеки голеней стоп, периодически чувство нехватки воздуха.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. при проф осмотре состоит на «Д» учете по поводу гипотиреоза. Длительно соблюдал диету, принимала отвары сахароснижающих трав. С 2014после приема ССТ: глимакс2 мг сиофор 1000 амарл 4 мг. В наст. время принимает: амарил 4 мг утром, сиофор 1000 2р/д Гликемия –9,0-11 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает вазар 125/160, конкор 5мг, телмисартан 80 мг, С 2014 Гипотиреоз АИТ, принимает L-тироксин 150 мг ТТГ – 3,1 (01.09) Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 19.10 | 137 | 4,1 | 4,6 | 22 | 1 | 1 | 72 | 25 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.10 | 103 | 5,16 | 1,56 | 1,37 | 3,07 | 2,8 | 4,9 | 70,4 | 11,4 | 2,8 | 5,2 | 0,62 | 0,32 |

19.10.17 тропонин - отр

23.10.17 Глик. гемоглобин – 8,4%

27.10.17ТТГ – 10,0 (0,3-4,0) Мме/мл

19.10.17 К – 3,52 ; Nа –131 Са++ -1,07 С1 -106 ммоль/л

31.10.17 С- реактивный белок – отр

23.10.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 1000 %; фибр –4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

### 19.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

23.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -7000 эритр - 500 белок – отр

20.10.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.10 | 10,2 | 6,0 | 3,8 | 7,0 |  |
| 20.10 | 8,6 | 6,4 |  |  |  |
| 22.10 | 6,4 | 7,0 | 5,8 | 4,2 | 7,6 |
| 27.10 | 9,5 | 7,5 |  | 7,2 |  |
| 29.10 | 7,2 | 6,9 | 4,2 | 4,2 |  |
| 30.10 |  | 7,0 |  |  |  |

31.10.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м.

19.10.17 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 артерии сужены, склерозированы, вены широкие, полнокровные, сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс IIст. Единичные микроаневризмы. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

31.10.17 Ревматолог: полиостеоартроз Ro1- II НФС 1 ст Рек : пиаскледин 300 1т утром с едой 3 мес, найзилат 600 2р/д, 5 дней, затем 600 1т 10 дней. местно хондроксид

20.10.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение кровообращения переднебоковой области

24.10.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II – Ш ст. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек: трифас 2,5 мг 1р/д, амлодипин 5-10 мг, эналаприл 10 мг 2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

27.10.17 Дупл сканирование брахицефальных артерий: наруках.

25.10.17 ЭХОКС: Систолическая дисфункция миокарда ЛЖ не нарушена. ДДЛЖ 1тип. Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Гипертрофия на ТК 1 ст. Давление в ЛА повышено, на МК минимальное. краевой кальциноз АК.

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение:

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В