#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1519

##### Ф.И.О: Кувшинова Маргарита Борисовна

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Энергодар ул. Курчатова 20-131

Место работы: ДЗ «СЧ № 1» МОЗ

Находился на лечении с 01.11.17 по 10.11.17 в энд. 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 общую слабость, утомляемость, повышение Т тела до 37,4 , раздражительность, потливость, ость сухость во рту, жажду, полиурию,

Краткий анамнез: Несахарный диабет с 2 детего возраста. Постоянно принимает заместительную терапию, Последняя госпитализация в эндодиспансер выписан на 2 дозах уропреса/сутки. В дальнейшем самостоятельно увеличила дозы до 6 в сутки ( по 2 дозы 3р/д). Сут диурез 900 мл уд. вес 1003-1025. ИТ выявлен в 2011 ( АТТПО -196,0 АТТГ – 2911). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 02.11 | 128 | 3,8 | 4,8 | 32 | 1 | 1 | 58 | 38 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 02.11 | 85 | 3,77 | 1,7 | 1,34 | 1,7 | 1,8 | 4,3 | 81 | 21,1 | 4,8 | 2,5 | 0,28 | 0,44 |

03.11.17 Св.Т4 - 32,8 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 3023 (0-30) МЕ/мл

02.10.17 К – 4,01 ; Nа – 135 Са++ -98С1 – 1,12 ммоль/л

### 02.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

10.11.17 Анализ мочи по Зимницкому: дневной – 7,9 ночной 3,5 сут диурез 11,4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1005 | 0,22 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1007 | 0,15 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1009 | 0,2 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1013 | 0,18 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1010 | 0,18 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1013 | 0,8 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1006 | 0,2 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1014 | 0,1 |

10.11.17 Анализ мочи по Зимницкому: дневной – 7,9 ночной 3,5 сут диурез 11,4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во мочи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1017 | 0,08 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1009 | 0,1 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1022 | 0,7 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1013 | 0,25 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1010 | 0,12 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1010 | 0,1 |
| 7 | 24.00-3.00 | - | - |
| 8 | 3.00-6.00 | 1013 | 0,3 |

02.11.17 глюкоза крови-4,7

03.11.17Невропатолог: ДДПП ШОП, вертеброгенная цервикалгия, ремитирующее течение, Дисциркуляторная энцефалопатия 1, вестибуло атактический с-м.

06.1.117 На р-гр коленных суставов сужение суставных щелей и субхондральный склероз, характерно для начад. ДОА.

03.11.17 Окулист: VIS OD= 0,5сф – 1,25=1,0 OS=0,5сф + 1,25Д=1,0 Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, умеренно сужены, склерозированы ДЗ: осложнённая катаракта , ангиопатия сетчатки Метрополя слабой степени ОИ

01.11.17ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

03.11.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Контроль АД, ЭКГ.

05.11.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

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

08.11.17Ревматолог: Отеоартрозколенных суставов Ro I-II НФС 0-1.

07.11.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

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: уропрес, тонора, лозап, вазосерк,тиогамма, тирозол, урпрес,

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. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
3. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
4. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
5. Рек. кардиолога:
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. 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.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
10. Б/л серия. АДГ № 6716 с .10.17 по .11.17. к труду .11.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В