#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1559

##### Ф.И.О: Шехурдина Татьяна Александровна

Год рождения: 1967

Место жительства: Веселовский р-н, пгт Веселое ул, Б Хмельницкого 5-6

Место работы: «Центр предоставления административных услуг», старший инспектор

Находился на лечении с 08.11.17 по 21.11.17 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). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия, СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Вертеброгенная люмбалгия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (сиофор). С 26.10.17 добавлен амарил 4мг утром, + 2мг веч, с 01.11.17 добавлен воксид 3мг.3р/д. В наст. время принимает: амарил 4 мг утром + 2 мг веч, сиофор 1000 2/д. Гликемия –18-20 ммоль/л. НвАIс - 13,5% от 11.2017. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает лозап плюс 50мг утром , семлопин 5 мг веч. 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 |
| 09.11 | 158 | 4,7 | 5,8 | 14 | 0 | 1 | 62 | 33 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 09.11 | 96 | 4,52 | 2,05 | ,4 | 2,18 | 2,2 | 4,4 | 70,4 | 15,9 | 3,1 | 1,9 | 0,29 | 0,33 |

10.11.17 ТТГ –1,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 434,4 (0-30) МЕ/мл

15.11.17 тропонин – отр

15.11.17 К – 4,6 ; Nа –136 Са++ - 1,12С1 -107 ммоль/л

### 09.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

13.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

10.11.17 Суточная глюкозурия – 0,9 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.11.17 Микроальбуминурия –23,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.11 | 13,2 | 18,1 | 11,1 | 12,1 |
| 11.11 | 11, | 11,7 | 8,2 | 10,0 |
| 12.11 | 12,5 | 15,8 | 12,9 | 12,4 |
| 14.11 | 12,2 | 11,1 | 8,2 | 10,4 |
| 17.11 | 9,4 | 14,3 | 9,7 | 9,1 |
| 19.11 | 8,2 | 7,1 | 6,6 | 6,2 |

17.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Вертеброгенная люмбалгия. Рек: диалипон 600 в/ № 10, церебролизин 10,0 в/в ,сермион 30 мг веч, келтикан 1т3р/д.

16.11.17 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,7 Оптические среды прозрачны. Гл. дно:. А:V 2:3 сосуды умеренно извиты, вены полнокровны, множественные точечные геморрагии, с-м Салюс 1 ст. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

08.11.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

10.11.17Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д,эналприл5-10 мг 2р/д . Контроль АД, ЭКГ.

16.11.17ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, дилатации ЛП, регургитации 1 ст на МК и ТК, склеротических изменений створок МК ,АК.

10.11.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

10.11.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

10.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка 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.

15.11.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст. .

08.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V =6,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, армадин, тризепин, тиогамма, весел дуэф, кокарнит, семлопин, сиофор, предуктал MR.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст. Больная переведена на комбинированную ССТ

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з-16 ед., п/уж -16 ед., Генсулин Н п/з 18 ед. п/у 20 ед ед.

Диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 мг 2р/д

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. Гипотензивная терапия: лозап плюс 50 мг утром, семлопин 5мг веч , предуктал MR 1т 2р/д. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.,
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Рек невролога: сермион30 мг веч1 мес, келтикан 1т 3р/д 1 мес
7. Б/л серия. АДГ № 671683 с 08.11.17 по 21.11.17. к труду 22.11.17

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.