#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1627

##### Ф.И.О: Коломоец Тамара Васильевна

Год рождения: 1959 г.р

Место жительства: г. Энергодар. Комсомольская 79-69

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 20.11.17 по 02.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия Ш ст. Хр. пиелонефрит, обострение. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ишемический инсульт (28.09.17) в области подкорковых ядер, справа в русле СМА справа, легкий левосторонний гемипарез. Дисциркуляторная энцефалопатия Ш, сочетанного генеза, дисметаболическая, сосудистая) когнитивное снижение, псевдобульбарный с-м. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. , пароксизм фибрилляции предсердий (2010) СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 60мгутром 2т утром, сиофор 1000 веч Гликемия –11,6-14,5 ммоль/л. НвАIс - 9,8% от 08.11.17. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает тонорма1т 1р/д лизиноприл 10 мг 2р/д, амлодипин 5 мг, С 05.10.17-24.10.17 стац леченее в неврологическом отд по м/ж по поводу ишемического инсульта (выписной эпикриз № 5004 прилагается). Во время стац лечения коротким курсом получала инсулинотерапию. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 21.11 | 138 | 4,1 | 5,0 | 41 | 1 | 1 | 55 | 41 | 2 |
| 30.11 | 129 | 3,9 | 6,0 | 33 |  | 1 | 72 | 24 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 21.11 | 66,8 | 6,04 | 2,5 | 1,11 | 3,78 | 4,4 | 4,4 | 123 | 10,2 | 2,4 | 2,3 | 0,41 | 0,36 |
| 23.11 | 79,7 |  |  |  |  |  | 3,7 | 103 |  |  |  |  |  |

23.1.117 К – 3,58

24.11.17 Св.Т4 - 37,3 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –14,6 (0-30) МЕ/мл

01.11.17Св.Т4 - (10-25) ммоль/л; ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл;

21.11.17 К –3,17 ; Nа –136 Са++ -1,02 С1 103 ммоль/л

27.11.17 К –3,46 ; Nа – 135 ммоль/л

27.11.17 Коагулограмма: ПТИ – 83,3 %; фибр –4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

### 21.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1002 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

23.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 7000 эритр - белок – отр

27.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

23.11.17 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.11.17 Микроальбуминурия –81,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.11 | 8,8 | 7,9 | 6,4 | 8,4 |
| 22.11 | 6,7 | 10,2 | 8,7 | 9,1 |
| 24.11 | 9,2 | 10,2 | 8,8 | 9,0 |
| 27.11 | 11,5 | 9,2 | 7,0 | 5,4 |
| 29.11 | 8,7 | 8,4 | 6,3 | 6,4 |

24.11.7Невропатолог: Ишемический инсульт (28.09.17) в области подкорковых ядер, справа в русле СМА справа, легкий левосторонний гемипарез. Дисциркуляторная энцефалопатия Ш, сочтенного генеза, дисметаболическая, сосудистая) когнитивное снижение, псевдобульбарный с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

11.11.17 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ сосуды сужены извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II ст. у диска множественные штрихообразные геморрагии, микроаневризмы. Рефлекс в макуле сглажен. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ.

20.11.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. Блокда передней ветви ЛНПГ.

28.11.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. пароксизм фибрилляции предсердий (2010) СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

24.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V = 6,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная с единичными гидрофильными очагами Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: магникор, Диабетон MR, сиофор, лизиноприл, амлодипин, бисопролол, ксарелта, розувастатин, аспаркам, ципрофлоксацин, сермион нейромидин, метфогамма

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм 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. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг 2т утром

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*1р/д веч.

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: Дообследование ЭХОКС, суточное мониторирование ЭКГ, аспирин кардио 100 мг 1р/д, клопидогрель 75 г 1р/д, хипотел 40-80 г 1р/д, предуктал MR 1т2р/д, бисопролол2,5-5мг1р/д, Контроль АД, ЧСС.
5. Рек. невропатолога: УЗД МАГ, непрерывный прием непрямых антикоагулянтов, глиатилин 400 мг 1/р д 1 мес, диалипон 600 мг в/в кап № 10, нейромидин 1,5 № 1,0 в/м , сермион 30 мг утр. 1 мес.,
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, Т4св в динамике через 1 мес, с послед. осмотром эндокринолога
7. Контроль ОАК в динамике ,при показаниях продолжить дообследования у семейного врача по м/жит.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.