#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1340

##### Ф.И.О: Сардак Татьяна Васильевна

Год рождения: 1948

Место жительства: Токмакский р-н,г. Токмак ул. Чапаева 128

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 27.09.17 по 11.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ожирение Ш ст. (ИМТ 42кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Энцефалопатия 1-II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Эссенциальный тремор. Начальная катаракта ОИ. Хронический пиелонефрит в стадии нерезко выраженного обострения.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/95 мм рт.ст., отеки обеих голеней, боли в н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: диапирид3 мг утром, глюкофаж 1000мг 2/д. Гликемия –12 ммоль/л. НвАIс – 13,6 % от 20.08.17. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг утром, периодически торсид. 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 |
| 28.09 | 142 | 4,3 | 4,8 | 34 | 3 | 0 | 64 | 32 | 1 |
| 05.10 | 142 | 4,3 | 5,6 | 21 | 2 | 2 | 60 | 35 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 28.09 | 88 | 7,61 | 3,08 | 1,2 | 4,9 | 5,3 | 6,0 | 92,4 | 11,9 | 2,9 | 1,8 | 0,1 | 0,1 |

28.09.17 К – 4,18 ; Nа – 134,1 Са++ -1,12 С1 - 1 ммоль/л

### 28.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –19-20 в п/зр белок – 0,026 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - едв п/зр

02.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -8500 эритр - 250 белок – отр

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

29.09.17 Суточная глюкозурия – 0,81%; Суточная протеинурия – отр

##### 05.09.17 Микроальбуминурия –19,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.09 | 13,2 | 13,2 | 17,3 | 11,6 |
| 01.10 | 11,3 | 14,6 | 9,2 | 10,0 |
| 03.10 | 10,2 | 11,6 | 11,9 | 8,5 |
| 05.10 | 12,1 | 10,5 | 8,0 | 9,4 |
| 07.10 | 5,4 | 8,4 | 10,6 | 8,9 |
| 08.10 | 6,5 | 9,3 | 12,1 | 9,1 |
| 10.10 | 6,9 | 9,5 | 9,8 | 8,5 |

09.10.17Невропатолог: Энцефалопатия 1-II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Эссенциальный тремор, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), Рек актовегин, келтикан 1т 3р/д, бифрен 1т 3р/д, сермион 30 мг веч

2016Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Единичные микроаневризмы.. Д-з:. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

27.09.17 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

11.10.17 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Рек. кардиолога: эплепрес 2,5 мг 1р/д, трифас10 мг, эналаприл 10 мг, предуктал MR 1т 2р/д.. Контроль АД, ЭКГ.

29.09.17 ЭХО КС: Эхопризнаки гипотрофии ЛЖ, дилатации ЛП, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 1 ст на МК и ТК, склеротических изменений створок МК ,АК

02.10.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.09.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст..

02.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

27.0.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2 см3; лев. д. V = 5,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,45 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Н, диапирид, фуросемид, левофлоксацин, флуконазол, Инсулар Стабил, метфогамма, глюкофаж, тиогамма, актовегин, милдрокор, кокарнит, амлодипин, магникор, тридуктан, эналаприл.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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: Инсулар Стабил, п/уж - 16ед.

диапирид (амарил, олтар ) 2мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, мефармил, 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. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, амлодипин10 веч, трифас или торадив 1т 2р/нед, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, АТТПО по м/ж с послед. консультацией эндокринолога
7. Канефрон 2т 3р/д 1 м. контроль ОАК, ОАМ.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В