#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1193

##### Ф.И.О: Тимошенко Алла Васильевна

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Энергодар ул. Комсомольская 83-118

Место работы: СПК «Современник» ЕМР ЗО, швейцар.

Находился на лечении с 29.08.17 по 08.09.17 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. Выберите элемент.

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

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. 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 170/100 мм рт.ст., периодически тяжесть в эпигастрии .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (сиофор 500 2р/д). доза увеличивалась постепенно до 10000 мг 2р/д.Около 3 лет с метформином принимает диапирид 2-3мг. В наст. время принимает: диапирид 3 мгутром диаформин 1000 2р/д, Гликемия –11,0-14,0 ммоль/л. НвАIс - 10,1 от 14.07.17 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг утром. АИТ, гипотироез с 2010. Принимает L-тироксин 125 мкг/сут. ТТГ – 9,14 (0,3-4,0) Мме/мл. 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 |
| 30.08 | 156 | 4,9 | 9,0 | 28 | 1 | 0 | 64 | 32 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 30.08 | 110 | 5,0 | 2,0 | 1,04 | 3,0 | 3,8 | 5,0 | 91 | 16,4 | 4,1 | 4,6 | 0,67 | 1,13 |

30.08.17 К – 4,43 ; Nа – 130 Са++ - 1,13С1 - 104 ммоль/л

31.08.17 Проба Реберга: креатинин крови-72 мкмоль/л; креатинин мочи- 9971 мкмоль/л; КФ-87,6 мл/мин; КР- 99,0%

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

31.08.17 Суточная глюкозурия – 0,53%; Суточная протеинурия – отр

##### 31.08.17 Микроальбуминурия –35,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.08 | 11,7 | 12,0 | 8,3 | 7,6 |
| 01.08 | 9,2 | 8,3 | 5,8 | 7,9 |
| 03.09 | 9,8 | 9,5 | 9,4 | 10,3 |
| 05.09 | 10,8 | 10,5 | 7,2 | 9,5 |

31.08.17 Окулист: VIS OD=0,8 OS= 0,7 ; Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые.на гл. днесосуды умерено сужены, извиты, склерозированы, с-м Салюс вены полнокровны. в макуле без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

29.08.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

31.08.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. С сохраненной функцией ЛЖ. Рек эналаприл 10 мг 2р/д, трифас 10 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

02.09.17ЭХО КС: Уплотнение аорты .Умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ. Трикуспидальная регургитация д о1 ст. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме

31.08.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

05.09.17Гастроэнтеролог: Хр.панкреатитфиброзная форма с нарушением секреторной функции. Жировая дистрофия печени 1- II ст. стеатогепатит. Ожирение шст.ипоомторная дискинезия ЖКТ. Рек:

14.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

04.09.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст ; с увеличением её размеров, перегиба желчного пузыря в области шейки, застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы.

29.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,5 см3; лев. д. V = 4,4см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта 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. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Б/л серия. АДГ № 6715 с .08.17 по .09.17. к труду .09.17

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В