#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1217

##### Ф.И.О: Дука Оксана Геннадиевна

Год рождения: 1973

Место жительства: Пологовский р-н,г. Пологи, пер Речной 11

Место работы: н/р

Находился на лечении с 04.09.17 по 13.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, 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 сухостьво рту, жажду, полиурию, слабость, головокружения, сонливость

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. обратился за мед помощью в 206. В 2008 на фоне II беременности выявлена впервые глюкоза крови 8,7-9,0 ммоль/л, находилась на диетотерапии. В послеродовом периоди сахар крови не контролировала. В 2016 диаб. жалобами на сухость, жажду, полиурию была госпитализирована в ЗОЭД с ацетонурией 2+. С 2016 на ССТ: диапиид 4 мг утром, диаформин(сиофор) 850 утром. Состояние ухудшилось в течение недели, связывает с ++. Комы отрицает. Гликемия –10-21 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. ИТ, гипотиреоз выявлен в 2016, принимает L-тироксин 25 мк/сут, дозы и ТТ не контролировала с 2016 (ТТГ – 8,17 (0,3-4,0) Мме/мл; Т4св -0,719 ( 0,73-1,76) АТПО – 595 (0-30) МЕ/мл от 2016).Повышение АД около 10 лет, нерегулярно принимает лозап 100 мг, периодически принимала верошпирон. 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 |
| 04.09 | 129 | 3,9 | 4,3 | 21 | 0 | 1 | 65 | 31 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.09 |  |  |  |  |  |  | 3,2 | 76 | 9,0 | 2,0 | 1,5 | 0,34 | 0,4 |
| 06.09 |  | 6,83 | 2,77 | 0,97 | 4,59 | 6,0 |  |  |  |  |  |  |  |

04.90.17 Амилаза – 8,0

06.09.17 общийбелок – 61,0 г/л

08.09.17ТТГ – 11,3 (0,3-4,0) Мме/мл

04.09.17 Гемогл 4,43; гематокр – 139,2 ; общ. белок – 1,14 г/л; К – ; Nа – ммоль/л

04.09.17 Гемогл – 129 ; гематокр – 0,41 ; общ. белок – 65,5 г/л; К – 4,43 ; Nа –139,2 ммоль/л

05.09.17 К – 4,2 ммол/л

07.09.17 К – 4,07 ; Nа –132,3 Са++ - С1 - ммоль/л

04.09.17 Коагулограмма: вр. сверт. –10 мин.; ПТИ – 97,4 %; фибр –3,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 0

07.09.17 Проба Реберга: креатинин крови- 614510мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ121,8 мл/мин; КР- 98,5%

### 04.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1036 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

05.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

07.09.17 Суточная глюкозурия – 0,94 %; Суточная протеинурия – отр

##### 07.09.17 Микроальбуминурия –101,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.09 | 14,5 | 10,9 | 5,7 | 5,3 | 6,9 |
| 06.09 | 11,4 | 11,3 | 10,3 | 13,1 |  |
| 08.09 | 9,7 | 12,3 | 11,2 | 10,1 |  |
| 10.09 | 8,1 | 7,2 | 7,1 | 10,6 |  |
| 11.09 |  |  |  | 9,3 |  |

04.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), Дисметаболическая энцефалопатия 1 ст, цереброастенический с-м.

04.09.17Окулист Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены, извиты, начальные проявления склероза, неравномерного калибра, вены уплотнены, полнокровны, с-м Салюс 1 ст В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

04.09.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. 04.09.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

Рек. кардиолога: ивабрадин 5-мг утром, предуктал MR и 2р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

04.09.17 Ф ОГК№ 420801: без патологии.

06.09.17 На р-р пр. стопы в 2з проекциях без костно-деструктивных изменений.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.09.17Хирург:Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. артрит 1. Плюснефалангового с-ва.

09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

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: атоксил, берлитион, эссенциале, ККБ, Фармасулин Н, ново-пасит, армадин, церебролизин, эналаприл, Фармасулин НNP, L-тироксин, сермион

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: Фармасулин Н п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Фармасулин НNP 22.00 ед.
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, 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) 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. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Б/л серия. АДГ № 6715 с .09.17 по .09.17. к труду .09.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В