#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1252

##### Ф.И.О: Макарова Татьяна Михайловна

Год рождения: 1960

Место жительства: Токмакский –н, с. Таврия ул. Таврчиеская 1

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11 .09.17 по 22 .09.17 в диаб. 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 сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, пастозность голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее вводила Хумодар К 25. В 2016 в связи с неэффективностью переведена на Фармасулин НNP, с метформином. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 40ед., п/у-26 ед. + дафомин 850 2р/д. Гликемия – 17,8ммоль/л. НвАIс – 10,9 % от 05.09.17 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 12.8 | 152 | 4,5 | 4,1 | 21 | 2 | 1 | 68 | 21 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.09.17 | 9,2 | 4,98 | 1,61 | 1,08 | 3,16 | 3,6 | 6,3 | 72 | 10,8 | 2,5 | 2,4 | 0,1 | 0,1 |

.09.17 Глик. гемоглобин - %

12.09.17 Анализ крови на RW- отр

14.09.17ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 34,0(0-30) МЕ/мл

12.09.17 К – 4,04 ; Nа – 142Са++ - 1,1С1 - 101 ммоль/л

### 12.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –слеады; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - едв п/зр

С13.09.17 ацетон - отр

14.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - белок – отр

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

13.09.17 Суточная глюкозурия – 2,9 Суточная протеинурия – отр

##### 14.09.17 Микроальбуминурия –22,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.09 | 15,9 | 12,3 | 16,2 | 22,9 |  |
| 14.09 | 12,7 | 11,0 | 14,0 | 8,6 |  |
| 16.09 | 8,7 | 8,3 | 12,2 | 8,2 |  |
| 19.09 | 10,7 | 9,8 | 7,9 | 6,9 |  |
|  |  |  |  |  |  |

20.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза ( дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. кохлео весибулярный с-м рек: арлеверт 1т 3р/д , армадин лонг 1т 3/д, армадин лонг 1т 1р/д.

12.09.17Окулист: VIS OD= 0,3сф – 1,0=0,6 OS= 0,5сф – 1,0=0,7 ; Факосклероз.

Гл. дно: сосуды извиты, склерозированы, неравномерного калибра, вены полнокровны, с-м Салюс1- II ст, В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

11.09.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

15.09.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. ф.кл II . Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел 1т 1р/д, аспирн кардио 100 мг 1р/д, предуктал MR 1т2р/д,небивалол 1,25 мг 1р/д.

16.09.17 ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердцаи крупных сосудов в норме. Уплотнение аорты. Фиброз МК и сухожильного кольца МК. Минимальная митральная рецитация .Гипертрофия базально отдела МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Дополнительных токов крови вобласти перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в номе.

12.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

13.09.17 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

19.09.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

11.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,2 см3; лев. д. V =5,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, седенчиными гидрофильными очагами до 0,32 см.

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

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: 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. 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 1р 3 нед.
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.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В