#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1227

##### Ф.И.О: Романюк Людмила Павловна

Год рождения: 1949

Место жительства: Веселовский р-н, пгт Веселое ул. Строителей 11 – 10

Место работы: пенс

Находился на лечении с 05.09.17 по 29.09.17 в диаб. отд. (ОИТ 16.09.17-21.09.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, кетоацидотическое состояние 1 ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Узловой зоб 1 ст., узел левой доли. щит железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения. Ш ф. кл. СН II А. ф.кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Осложнённая катаракта ОИ

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки и пастозность в области голеней, стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: диаформин 1000 2р/д диапирид 4 мг утром + 2 мг веч. Гликемия –11-18 ммоль/л. Повышение АД в течение 10-15 лет, принимает амлодипин 10 мг. 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 |
| 16.09 | 140 | 4,3 | 7,1 | 2 | 1 | 2 | 73 | 22 | 2 |
| 21.09 | 139 | 4,5 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.09 | 103 | 6,88 | 2,15 | 1,5 | 4,39 | 3,6 | 6,6 | 78,1 | 18,8 | 3,9 | 1,6 | 0,29 | 0,43 |
| 16.09 |  | 3,8 |  |  |  |  | 3,6 | 80 | 9,8 | 2,4 | 1,5 | 0,13 | 0,46 |

06.09.17 Глик. гемоглобин – 10,7%

05.09.17 Св.Т4 - 1,0 (10-25) ммоль/л; АТ ТПО – 56,0 (0-30) МЕ/мл

06.09.17 К –4,16 ; Nа –136,8 Са++ -1,19 С1 - 106 ммоль/л

16.09.17 К –3,32 ; Nа –140,5 Са++ -1,15 С1 - 107 ммоль/л

19.09.17 К –3,62 ; Nа –135

21.09.17 К –3,57 ; Nа –141

22.09.17 К –3,2

16.09.17 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 90,4 %; фибр –2,9 г/л; фибр Б – отр; АКТ –105 %; св. гепарин – 0

### 08.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1040 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

С 11 09.17 ацетон - отр

22.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

11.09.17 Суточная глюкозурия –4,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.09.17 Микроальбуминурия – 40,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.09 | 12,0 | 10,3 | 11,7 | 15,9 |  |
| 08.09 | 9,4 | 9,6 | 10,1 | 12,0 |  |
| 10.09 | 9,5 | 10,0 | 9,3 | 16,1 |  |
| 12.09 | 7,9 |  | 10,5 | 9,1 |  |
| 16.09 | 7,4 | 6,9 | 4,0 | 5,1 |  |
| 17.09 | 9,1 | 6,5 | 4,3 | 7,8 |  |
| 19.09 | 8,9 | 10,6 | 6,6 | 6,8 | 7,8 |
| 21.09 | 8,8 | 7,5 | 11,9 | 10,6 |  |
| 23.09 | 12,3 | 11,4 | 13,3 | 12,9 |  |
| 25.09 |  | 8,1 | 8,,3 | 7,1 |  |
| 26.09 | 4,9 | 8,3 | 8,6 | 7,0 |  |
| 27.09 | 4,6 |  |  |  |  |

18.09.17Невропатолог: Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3),

19.09.17 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3,аретри узкие, вены расширены, полнокровны, сосуды извиты, полнокровны. Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. Д-з: Осложненная катаракта ОИ. Ангиопатия сетчатки ОИ.

22.09.17 ЭКГ: ЧСС -52 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

27.09.17 ЭКГ: ЧСС -50 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия единичная желудочковая экстрасистола . Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

16.09.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения Ш ф. кл. СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: клопидогрель, небивал 2,5 мг 1р/д, еплепрес 25 мг1р/д апирин кардио, нолипрел форте 1т предуктал MR 1т 2р/д , при болях в сердцеизокет спрей. КАГ (коронароангиография). Контроль АД, ЭКГ.

13.09.17 ЭХО КС: Уплотнение аорты и МК, Гипертрофия базального отдела МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

16.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

06.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 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 нарушена. Нарушение кровообращения II - Ш ст с обеих сторон.

16.09.17Допплерография: ЛПИ справа –1,05, ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

13.09.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст увеличением её размеров ;

05.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9 см3; лев. д. V = 6,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. В левой доле в с/3 кольцевая структура 0,8 см. (возможно изоэхогенный узел). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел? правой доли.

Лечение в отделение: Генсулин Н, Генсулин Р , тридуктал, келтикан, реосорбилакт, магникор,диаформин, тиогамма, луцетам, хипотел, индапрес, семлопин, небивал, форксига

Лечение в ОИТ: Генсулин Р, Генсулин Н, альмагель, ККБ, эналаприл, укрлив, магникор, этсет, телмисартан, валериана, фуросемид, аспаркам, аспирин кардио, ксилат, трисоль, ресорбилакт, дарроу, , диакордин, магникор, тридуктан, хипотел, торадив, ксилат, актовегин, безогексоний.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 150/95 мм рт. ст. Проведен курс лечения в ОИТ с целью устранения кетоацидотического состояния, переведена на инсулин в комбинации с препаратами метформина.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з 34-36ед,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

форксига 10 мг утром

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: индапрес (индап) 2,5 мг утром. хипотел 80 мг утром, семлопин 10 мг веч, небивалол 2,5 мг утром, предуктал MR 1т 2р/д, магникор 1т веч, Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 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