#### 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 27.09.17 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., узлы левой доли. щит железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения. II 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.

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 |  |  |  |  |  |

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 II ф. кл. СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: клопидогрель, небивалол 2,5 мг 1р/д, еплепрес 25 мг1р/д, предуктал MR 1т 2р/д 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: Генсулин Р, Генсулин Н, альмагель, ККБ, эналаприл, укрлив, магникор, этсет, телмисартан, валериана, фуросемид, аспаркам, аспирин кардио, ксилат, трисоль, ресорбилакт, дарроу, метфогамма, диакордин, магникор, тридуктан, хипотел, торадив, ксилат, форксига.

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 38ед, п/у 20 ед

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