#### 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.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Узловой зоб ст. узлы левой доли. щит железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардиянапряжения. II ф. кл. СН II А. ф.кл II. Гипертоническая болезнь II 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 ипастозност в област 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 инсулинотерапии, 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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

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

19.09.17 К –3,57 ; Nа –141

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

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

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

##### .09.17 Микроальбуминурия – мг/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 |  |

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 сузкие, вены расширены, полнокровны, сосуды извиты, полнокровны. Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей 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.

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, небвалол 2,5 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д КАГ. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

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/кшш 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, альмель, ККБ, эналаприл, укрлив, магникор, этсет, телисартан, валериана, фуросемид, аспаркам, аспирин кардио, ксилат, трисоль, ресорбилакт, дарроу, метфогамма, дакордин, маникор, тридуктан, хипотел, торадив, ксилат,

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: Генсулин Р п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., не 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 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.
7. Б/л серия. АДГ № 6715 с .09.17 по .09.17. к труду .09.17

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В