#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 391

##### Ф.И.О: Тимошенко Елена Ивановна

Год рождения: 1924

Место жительства: г. Запорожье ул. Олимпийская 24-77

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.03.17 по 27.03.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) хроническое течении. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Гипертоническая болезнь II степени 2 стадии. Гипертензивное сердце. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия. Митральна регургитация 1 ст. Дополнительная хорда левого желудочка. СН0 Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, одышку к вечеру, одышку при ходьбе,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия, пользовалась различными видами инсулина. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-6-8 ед., п/у-6 ед., Фармасулин НNP 24 ед, п/у 8 ед. Гликемия –5-11,0 ммоль/л. Глик. гемоглобин - 10% – от 15.02.17. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл утром 5 мг. АИТ с 2003, гипотиреоз, принимает L-тироксин 75мкг; АТ ТПО –186 (0-30) ТТГ -0,36 (0,38-4,3) МЕ/млот 15.02.17 МЕ/мл от Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.03.17 Общ. ан. крови Нв – 139 г/л эритр –4,3 лейк – 5,2 СОЭ – 23 мм/час

э- 0% п- 3% с- 59% л- 33% м- 5%

16.03.17 Биохимия: СКФ –77 мл./мин., хол –6,6 тригл -1,31 ХСЛПВП -1,22 ХСЛПНП – 4,8Катер -4,4 мочевина – 4,5 креатинин – 90,2 бил общ – 11,2 бил пр –2,8 тим – 2,7 АСТ – 0,15 АЛТ –0,30 ммоль/л;

17.03.17 К –5,0 ; Nа –139,5 Са - 2,24 Са++ - 1,12С1 - 97,9ммоль/л

### 16.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк – 10-12 в п/зр белок – 0,04 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

20.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

17.03.17 Суточная глюкозурия – 4,6%; Суточная протеинурия – 0,055

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.03 | 15,2 | 16,1 | 13,6 | 5,9 | 4,0 |
| 17.03 | 13,4 | 10,7 |  |  |  |
| 19.03 | 7,5 | 8,4 | 5,0 | 7,3 | 7,9 |
| 20.03 2.00-5,7 | 9,9 | 9,8 | 4,7 | 2,7 | 5,2 |
|  |  |  |  |  |  |

15.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) хроническое течении. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

22.03.17 Окулист: VIS OD=0,7 OS=0,6 факосклероз Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2, 1:3, сосуды неравномерного калибра, извиты, вены широкие, полнокровные, не выраженные ангиосклероз, множественные твердые экссудаты, Единичные микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.03.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

21.03.17Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия. Митральна регургитация 1 ст. Дополнительная хорда левого желудочка. СН0

18.03.17 ЭХО КС: Минимальная митральная регургитация. Дополнительная хорда с прикреплением в с\3 МЖП. Соотношением размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

16.03.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.03.17 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

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

15.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,3 см3; лев. д. V = 2,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена, местами значительно. Эхоструктура мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNP, пирацетам, витаксон, эспа-липон, гептрал, актовегин, лизиноприл, L-тироксин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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-8-10 ед., п/уж – 4-6ед., Фармасулин НNР п/з-26-28 ед., п/уж -10-12 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. ЭХО КС через 5-6 мес.
8. Лизиноприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. L-тироксин 75 мкг утром натощак за 30 мин до еды. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. эспа-липон (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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.