#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 164

##### Ф.И.О: Васильченко Татьяна Грантовна

Год рождения: 1955

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак пер. Роскошный

Место работы: пенсионер, инв ш р

Находился на лечении с 01.02.17 по 13.02.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 31,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз. ИБС, диффузный кардиосклероз, фиброз аортального клапана СН1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Крауроз вульвы

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния 1-2 р/нед, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1987г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-24 ед., п/у-14 ед., Гликемия –2,6-16 ммоль/л. НвАIс - 9,6% от 28.12.16. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг, АИТ, гипертрофическая форма, зоб 1 ст. субклинический гипотиреоз с 2014. ТТГ – 6,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –192,7 (0-30) МЕ/мл Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.02.17 Общ. ан. крови Нв –115 г/л эритр –,5 лейк – 4,2СОЭ – 4мм/час

э- 3% п- 4% с- 44% л-42 % м-7 %

02.02.17 Биохимия: СКФ –87,1 мл./мин., хол –5,0 тригл -0,84 ХСЛПВП – 1,76ХСЛПНП -2,86 Катер -1,8 мочевина – 6,2 креатинин –78,1 бил общ – 11,8 бил пр – 2,9 тим – 0,63АСТ – 0,34 АЛТ – 0,26 ммоль/л;

02.02.17ТТГ – 3,8 (0,3-4,0) Мме/мл

03.02.17 К – 4,64 ; Nа – 138,7 Са – 2,0 С1 – 98,6 ммоль/л

### 02.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1300 лейк – 7-9 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

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

06.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

06.02.17 Суточная глюкозурия – отр %; Суточная протеинурия – отр

##### 09.02.17 Микроальбуминурия –74,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.02 | 12,1 | 11,9 | 4,0 | 7,2 |
| 05.02 | 7,3 | 9,8 | 4,4 | 9,0 |
| 07.02 | 7,7 | 9,6 | 4,2 | 5,3 |
| 09.02 | 9,5 | 11,6 | 2,3 | 5,1 |
| 11.02 | 8,9 | 8,6 | 10,5 | 3,4 |
| 12.02 |  |  | 6,5 | 4,0 |

01.02.17Невропатолог: Хроническая диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II цереброастенический с-м, цефалгический с-м,.

02.02.17Окулист: VIS OD= 0,3-0,5 = 0,4 OS= 0,2 + 0,5Д = 0,2 ;

Негомогенные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, вены неравномерного калибра, полнокровны, сосуды извиты ,с-м салюс 1-II. В макулярной области твердые экссудаты. Единичные микроаневризмы Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.02.17ЭКГ: ЧСС -85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

10.02.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, фиброз аортального клапана СН1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

080.2.17ЭХО КС: КДР- 5,6см; КДО- 157мл; КСР- 4,0см; КСО-71 мл; УО-87 мл; МОК- 7,95л/мин.; ФВ- 55%; просвет корня аорты -2,0 см; ПЛП – 3,7 см; МЖП – 1,2 см; ЗСЛЖ –1,0 см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты. Краевой фиброз АК. Гипертрофия базального отдела МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Соотношение размеров камер сердца и с крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

02.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.02.17 Гинеколог: Крауроз вульвы

10.02.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обех сторон.

01.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =13,0 см3; лев. д. V =8,2 см3

Перешеек – 0,52см.

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, диалипон, тивортин, ноотропил, витаксон, эналаприл.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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: Хумодар Р100Р п/з-10-12ед., п/о-6-8 ед., п/уж -4-6 ед., Хумодар Б100Р 22.00 10-12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
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: нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., небивалол 2,5 мг 1р\д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Рек гинеколога: дермовейт 2р\д смазывать местно, гинофлор per/vag. 1р\д 1 нед
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В