#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 220

##### Ф.И.О: Колоянова Александра Дмитриевна

Год рождения: 1956

Место жительства: Приморский р-н, с. Лозоватка ул. Островского 5

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 13.02.17 по 23.02.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ Диаб. ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Ожирение II ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический с-м. С-м умеренной вестибулопатии. ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада 1 ст. Единичная желудочковая экстрасистолия. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки, СН 0. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 11 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, боли в левом подреберье.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2014г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 20ед., п/у- 10ед., диаформин 1000 2р/д. Гликемия –5,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 11 лет. Из гипотензивных принимает липразид 20 мг, АИТ, гипотиреоз с 2007, принимает L-тироксин (эутирокс) 50 мкг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.02.17 Общ. ан. крови Нв – 129 г/л эритр –3,9 лейк –4,9 СОЭ – 34 мм/час

э- 0% п-0% с- 66% л- 29 % м- 5%

20.02.17 СОЭ - 24

14.02.17 Биохимия: СКФ –83 мл./мин., хол –5,7 тригл -0,96 ХСЛПВП -2,4 ХСЛПНП -2,9 Катер – 1,4мочевина – 4,8 креатинин –88,0 бил общ –10,5 бил пр –2,6 тим – 1,2 АСТ – 0,15 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

14.02.17 Анализ крови на RW- отр

17.02.17ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл

17.02.17 К – 4,65 ; Nа – 144,4Са - 2,45 Са++ -1,19 С1 - 100,9 ммоль/л

### 14.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - многов п/зр

16.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр -250 белок – отр

21.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр -250 белок – отр

15.02.17 Суточная глюкозурия –2,5 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.02 | 6,1 | 9,3 | 10,5 | 11,3 | 13,7 |
| 17.02 | 7,6 | 7,5 | 6,2 | 8,3 |  |
| 21.02 | 9,5 | 9,6 | 11,1 | 14,4 |  |
| 22.02 |  |  | 8,5 | 9,6 |  |

13.02.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая),цереброастенический с-м. с-м умеренной вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

14.02.17Окулист: VIS OD=0,4сф – 1,0 =1,0 OS= 0,9сф – 0,25=1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 артерии сужены, вены расширены, ангиосклероз. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

16.02.17ЭКГ: ЧСС - 57уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст.

20.02.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада 1 ст. единичная желудочковая экстрасистолия. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки СН 0. Риск 4.

18.02.17ЭХО КС: КДР-5,4 см; КДО- 143мл; КСР- 3,4см; КСО- 47мл; УО- 96мл; МОК-6,65 л/мин.; ФВ- 66%; просвет корня аорты -16 см; ПЛП – 4,0 см; МЖП –1,1 см; ЗСЛЖ –1,0 см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

15.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.02.17РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

13.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9см3; лев. д. V =5,9 см3

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

Лечение: липразид, эутирокс, диаформин, эналаприл, индапрес, Фармасулин НNP, ноотропил, олфен, витаксон, диалипон.

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: Фармасулин НNP п/з-24ед., п/уж -8 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь. нолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. Эутирокс 50 мкг через день Контроль ТТГ через 3 мес.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В