#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1208

##### Ф.И.О: Сенгурина Нина Алексеевна

Год рождения: 1966

Место жительства: Новониколаевский р-н, с. Терноватое, ул. Украинская 9

Место работы: н.р

Находился на лечении с .09.18 по  .09.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП.. С 2006 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Инсулар Актив п/з- 32ед., п/о- 32ед., п/у- 16ед., Инсулар Стабил 22.00 – 32 ед. Гликемия –10,0-18,0 ммоль/л. НвАIс – 10,0 % от 14.08.18. Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 18.09 | 128 | 3,8 | 4,9 | 27 | |  | | 2 | 0 | 51 | 44 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.09 | 105 | 4,77 | 2,98 | 1,31 | 2,09 | | 2,6 | 5,4 | 76 | 11,9 | 3,0 | 3,3 | | 0,48 | 1,1 |

18.09.18 Глик. гемоглобин -11,2 %

18.09.18 Анализ крови на RW- отр

21.09.18 ТТГ –1,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –72, (0-30) МЕ/мл

18.09.18 К –4,73 ; Nа – 142 Са++ - 1,13С1 102- ммоль/л

### 20.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

19.09.18 Суточная глюкозурия – 4,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 19.09.18 Микроальбуминурия –149,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.09 | 12,2 | 15,8 | 14,5 | 7,4 |  |
| 21.09 | 12,6 | 12,4 | 11,2 | 11,8 |  |
| 23.09 | 11,7 | 14,2 | 10,7 | 12,2 |  |
| 25.09 | 12,2 | 9,0 | 9,0 | 8,2 |  |

25.09.18 Окулист:.Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс 1-II, микроаневризмы. Сливные друзы. Д-з: . Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.09.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Блокада переденй ветви ЛНПГ.

25.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

19.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

19.09.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа %, задней большеберцовой артерии справа %. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,3 см3; лев. д. V = 6,7 см3

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

Лечение: Инсулар Стабил, Инсулар Актив, эналаприл, диалипон, витаксон, нуклео ЦМФ,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.
5. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

метформин (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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. 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. АДЛ № 1777 с 09.18 . по .09.18 к труду .09.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.