#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 798

##### Ф.И.О: Тимчук Мария Степановна

Год рождения:1957

Место жительства: Михайловский район, с. Раздол, ул. Космическая, д. 18

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 08.06.18 по .06.18 в энд. отд.

Диагноз:Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, впервые выявленный. Ацетонурия

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.

Аутоиммунныйтиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментознойсубкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическаяретинопатияОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II Аф.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, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к при ходьбе на расстояния, в покое, ночью, онемение ног, повышениеАД макс. до 170/120 мм рт.ст., частые головные боли, отек лодыжки справа.

Краткий анамнез: Ухудшение состояния в течении года, к врачу не обращалась, Обратилась по м/ж 07.06.18 гюкоза крови – 25,1. Направлена в ОКЭД на госпитализацию. Комы отрицает. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает тонорма.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.06 | 154 | 4,6 | 7 | 17 | |  | | 3 | 1 | 64 | 31 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.06 | 71,0 | 9,0 | 3,9 | 1,4 | 5,81 | | 5,4 | 3,7 | 86 | 10,8 | 2,7 | 1,67 | | 0,25 |  |

12.06.18Глик. гемоглобин – 13,1 %

11.06.18 Т4св- 17,6 (11,-22,7 ТТГ – 1,8 –(0,4-4,0) АТТПО – 10,0 ( 0-100)

### 12.06.18Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – на ½ п/зр белок – 0,032 г/л, ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. – 2-3 в п/зр., слизь – на все п/зр., бактерии – очень много

14.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 40500, белок – 0,060 %, эритр– отр.,

11.06.18Суточная глюкозурия –0,7 %; Суточная протеинурия – 0,086 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.06 |  | 14,4 | 8,0 | 7,8 |  |
| 09.06 | 10,8 | 13,6 | 9.,9 | 9,0 |  |
| 11.06 | 8,3 | 6,7 | 6,0 | 8,1 |  |
| 14.06 | 6,7 | 6,6 | 7,8 | 7,6 |  |

18.06.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталике . ДЗН бледно розовый , границы четкие ангиосклеоз, с-м Салюс 1. Вены значительно расширены неравномерног о калибра, сосуды извиты, в макуле без особенностей Д-з: диабето-гипертончиеская ангиопатия сетчатки. Начальная катаракта ОИ.

08.06.18 ЭКГ:ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл.ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

12.06.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4.

16.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

11.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

08.06.18 УЗИ щит.железы: Пр д. V =10,5 см3; лев. д. V =8,8 см3

Щит.железане увеличена, контуры фестончатые.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит.железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, 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:розувастатин10 мг1т вечс контр.липидограммычерез 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек.кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром,индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч.,вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит.железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Б/л серия. АДГ № 6719 с .04.18 по .04.18. к труду .04.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.