#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 812

##### Ф.И.О: Андресюк Анна Ивановна

Год рождения: 1945

Место жительства: г. Запорожье ул. Запорожского казачества 11- 16

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.06.18 . по  22.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1. Мелкие узлы обеих долей. Эутиреоз. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Хр. сенсоневральная тугоухость 1 ст. Неинфицированная рана правой голени

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 20 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: метамин п/з 500 мг, п/у 100 мг. Гликемия –4,8-8,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 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 | | |
| 12.06 | 148 | 4,4 | 5,5 | 6 | |  | | 1 | 1 | 71 | 26 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 83,4 | 5,3 | 1,72 | 1,41 | 3,1 | | 2,8 | 2,7 | 64 | 13,5 | 3,3 | 1,5 | | 0,15 | 0,27 |

12.06.18 Глик. гемоглобин – 7,2%

22.06.18 ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл

12.06.18 К –4,3 ; Nа –142 Са++ -1,11 С1 -105 ммоль/л

### 12.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

13.06.18 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия –40,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.06 | 6,3 | 9,5 | 7,0 | 6,8 |
| 15.06 | 5,7 | 6,7 | 4,7 | 6,7 |
| 19.06 | 5,6 | 5,2 | 7,1 | 70 |
| 21.06 | 4,7 | 5,9 | 8,3 | 5,2 |

15.06.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиосклероз, , с-м Салюс 1. Вены умеренно расширены, сосуды извиты. Д-з: Диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки. Начальная катаракта ОИ.

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

12.06.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

21.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.06.18Хирург: Неинфицированная рана правой голени Диабетическая ангиопатия артерий н/к. . Хронический полиартрит стопы. остеоартроз (деформирующий) 1п обеих стоп. ДДПП поясничного отдела, люмбоишалгия? радикулопатия?

14.06.18 ЛОР Хр. сенсоневральная тугоухость 1 ст.

12.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

14.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,9 см3; лев. д. V =10,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура, крупнозернистая, с множественными гидрофильными очагами до 0,5 .В пр доле в с/3 изоэхогенный узел с широким гидрофильным ободком 0,89\*0,56 см. в левой доле в с/3 такой же узел 0,89\*0,62 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: мефармил, каптопрес, корвалол, диаформин, эналаприл, диалипон турбо, витаксон, тивортин, пирацетам, асафен.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/0мм 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. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг, аспирин кардио 100 мг 1т веч.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек ЛОР: Ежегодный аудиометрический контроль. Наблюдение врача ЛОР, сурдолога
12. Рек. хирурга: обработка бетадином 1р/д 3 дня.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.