#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 687

##### Ф.И.О: Колесник Наталья Александровна

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Запорожье ул. Сытова 13а- 171

Место работы: ООО «Специмидж» , портной.

Находился на лечении с 16.05.18. по 23.05.18 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 слабость, утомляемость, гиперпигментация кожных покровов, ухудшение зрения, памяти.

Краткий анамнез: Страдает хрончиеской надпочечниковй недосточностью с 1994. Постонно принимает преднизолон (3,5 табл, кортинеф по ½ т 1р/д ( ранее принимала 3т преднизолона ( 15мг). Ухудшение состояния в течение месяца проведен ++ кортизол крови от 26.04.18 – 1,5 ( 166,0-507) К – 5,1 Na – 133 . 07.05.18 конс эндокринологом ОКЭД увеличена дроза преднизолона до 3,5 т ( 17,5 мг/сут) – принимает в настоящее время. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции Заместительной терапии

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.05 | 125 | 3,7 | 4,3 | 24 | |  | | 1 | 0 | 44 | 50 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.05 | 99 | 7,2 | 2,1 | 1,62 | 4,6 | | 3,4 | 5,0 | 69 | 8,2 | 2, | 01,39 | | 0,18 | 0,25 |

18.05.18 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

17.05.18 К – 5,09 ; Nа –139,0 Са++ -1,13 С1 - 100 ммоль/л

21.05.18 К – 5,3 ; Nа –135 Са++ -1,10 С1 - 104 ммоль/л

25.05.18 К – 5,3 ; Nа –135 Са++ -1,09 С1 - 104 ммоль/л

17.05.18 кортизол – 1,87 ( 6,2-19,4) мкг/дл

17.05.18АЧТЧ – 26,0 МНО 1,42 ПТИ – 72,6 фибр – 4,0

### 17.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 0-01 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. ед- в п/зр

21.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

.05.18 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – отр

##### .05.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.05 |  |  | 6,3 |  |  |
| 18.05 | 3,3 | 3,4 | 6,4 | 6,0 |  |
| 20.05 | 4,2 | 3,8 | 7,1 | 7,5 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

17.05.18Невропатолог: СВД, перманентно-пароксизмального характера.

18.05.18Окулист: VIS OD= 0,2сф – 2,0ц-0,75Д ах155=1,0 OS= 0,2сф- 1,5=1,0 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие.сосуды узкие умеренно извиты ,вены полнкрвны, неравномерного калибра. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ

16.05.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

17.05.18Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН. Симптоматическая артериальная гипертензия

ЭХО КС: КДР- см; КДО- мл; КСР- см; КСО- мл; УО- мл; МОК- л/мин.; ФВ- %; просвет корня аорты - см; ПЛП - см; МЖП – см; ЗСЛЖ – см; ППЖ- см; ПЛЖ- см; По ЭХО КС: Гипертрофия

21.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

16.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,2см3; лев. д. V =4,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: глюкоза 40%, преднизолор кортинеф, тирокисн, пиарцетам, дексаметазон,

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. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога:
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. 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.
9. 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.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.05.18. по 15.05.18 к труду .05.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.