#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 695

##### Ф.И.О: Червоненко Елена Анатольевна

Год рождения: 19

Место жительства:

Место работы:

Находился на лечении с 10.05.18. 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 сухость во рту, жажду, полиурию,

увеличение веса на … кг за год,

ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до ++ мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физ. нагрузке, учащенное мочеиспускание, сердцебиение, боли в прекардиальной области, боли в эпигастральной области, боли в поясничной области, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил). С … в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Постоянно инсулинотерапия.

В наст. время принимает: п/з- ед., п/о- ед., п/у- ед., 22.00

Гликемия – ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в …г. Повышение АД в течение … лет. Из гипотензивных принимает …

ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл от … .

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.05 | 121 | 3,6 | 8,0 | 55 | |  | | 2 | 4 | 69 | 23 | | 2 | | |
| 22.05 | 119 | 3,6 | 4,6 | 49 | |  | | 1 | 3 | 49 | 45 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.05 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 8,2 | 2,0 | 3,0 | | 0,47 | 0,75 |
| 18.05 | 110,1 | 4,7 | 1,62 | 1,09 | 2,9 | | 3,3 | 3,6 | 74 |  |  |  | |  |  |

18.05.18 Амиалаза 19,8 – Ед/л

18.05.18 Глик. гемоглобин -10,6 %

18.05.18 ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –86,0 (0-30) МЕ/мл

17.05.18 АЧТЧ – 29 МНО – 1,07 ПТИ – 94,2. Фибр – 6,4

23.05.18 Т4св - - 1,05 нг/дл

17.05.18 К – 4,03 ; Nа – 141 Са++ - С1 - ммоль/л

### 17.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –32-36 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

18.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 17500 эритр - 250 белок – отр

23.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 15500 эритр - 500 белок – отр

24.05.18 Суточная глюкозурия – 0,36 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.05.18 Микроальбуминурия – 72мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.05 |  | 12,3 | 11,6 | 11,3 |  |
| 18.05 | 9,8 | 9,5 |  |  |  |
| 20.05 | 10,1 | 8,1 | 7,3 | 8,2 |  |
| 22.05 | 7,4 | 9,6 | 6,0 | 13,4 |  |
| 24.05 | 8,6 |  |  |  |  |
| 27.05 | 7,8 | 9,0 | 8,4 | 10,8 |  |

17.05.18Невропатолог: Доброкачественная позиционная вестибулоаптия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Рек: L-лизин эсцинат 5,0 в/в кап№ 5, вестибо 24 мг 2р/д, церелин 0,0 в/в № 5 ,

17.05.18 Окулист:.Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды неравномерного калибра , извиты, вены полнокрвоны, начальный ангиослкероз. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

17.05.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 10-20 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

17.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к .

25.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/ксправа в пределах возрастной нормы. Слева – снижено 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

26.05.18 Долплерография : эхопризнаки стенозирующего атеросклероза ( стеноз области бифуркации правой ОСА 40%-45% правой ВСА 45% по диаметру) гипертончиеской ангиопатии с формированием аретриальных деформаций, гемодинамический незначимых, дисциркуляции в ВББ, умеренной извитости правой ПА в интракраниальном отдеелза, косвенные признаки патологии в ШОП, признаки умеренно выраженной Ликворно-венозной дисфункции.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Диабетон MR, метамин, тромбонет, эналаприл, ксантинол, палин, пробиз, L-лизин эсцинат, диалипон, вестибо магникор, цефтриаксон,

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.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. 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. 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.05.18. по 15.05.18 к труду .05.18

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В.