#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 251

##### Ф.И.О: Дьякова Валентина Васильевна

Год рождения: 1952

Место жительства: Приазовский р-н, с. Богдановка л. Центральная 209

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 20.02.18 по 06.03.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II-ст. Диабетическая нефропатия III- ст. Смешанный зоб 1 ст. Узлы пр доли и перешейка, эутиреоидное состояние . Ожирение II ст. (ИМТ 42 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. (сохранние ФВ 62%) Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II, смешанного генеза, вестиибулоатактический с-м, церебрастенический с-м. Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на боли в ногах, парестезию судороги, сухость во рту, жажду, нестабильность гликемии в течение дня,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. ранее принимала Диабетон MR, диаформинм С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-32-38 ед.,., Генсулин Р п/з 12-13 ед, диаформин 850 мг веч

Гликемия –9,6 ммоль/л. НвАIс – 10,9 % от 02.2018 . Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает ко-амлесса 1т утром. ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –19,8 (0-30) МЕ/мл от 2014 . Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 21.02 | 136 | 4,3 | 7,8 | 42 | 2 | 1 | 60 | 32 | 5 |
| 28.02 | 127 | 4,55 | 10,2 | 47 | 1 | 2 | 59 | 32 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 21.02 | 79 | 7,22 | 1,92 | 1,77 | 4,56 | 3,0 | 8,8 | 99 | 13,3 | 3,3 | 1,27 | 0,27 | 0,3 |

23.02.18 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

### 23.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –9-10 в п/зр белок – 0,771 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. много- в п/зр

23.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр -500 белок – отр

23.02.18 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – 1,32

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.02 | 12,1 |  | 6,8 | 12,6 |  |
| 23.02 | 8,1 | 12,7 | 6,6 | 4,1 |  |
| 25.02 | 4,2 | 10,3 | 9,8 | 7,7 |  |
| 28.02 | 5,4 | 5,1 | 13,5 | 10,8 |  |
| 02.03 | 8,0 | 9,8 | 6,9 | 6,7 |  |
| 04.03 | 4,8 | 10,6 | 7,5 | 8,7 |  |
| 05.03 |  | 5,7 |  |  |  |

22.02.18 Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II , смешанного генеза, вестиибулоатактический с-м, цереброатсенчиеский с-м Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). ДДПП ШОП, цервикалгия. Рек: актовегин в/в кап№ 1, масаж, витамины гр В.

Окулист: VIS OD=0,4сф + 1,5=0,8 OS= 0,6 сф + 0,75 =0,8

Гл. дно: Сосуды расширены, извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м ссалюс II по всему заднему полюсу множественные микроанеризмы, геморрагии, твержые эксудаты ,сливные друзы, , Д-з:. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рек: лазеркоагуляция на ОИ.

20.02.18 ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

05.03.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. (с сохраннием ФВ 62%) Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4

Рек. кардиолога: хиипоетл 40 мг 1р/д, трифас 5-10 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, аспири нкардддио 100 мг 1р/д, при недостстижении снижения АД физиотенс 0,2 мг 1р/д,

23.02.18 ЭХО КС: эхопризнаки ГЛЖ , регргитации 1 ст на МК и ТК, склеротических изменений створок МК и АК

27.02.18 Нефролог: ХБП Ш (СКФ 52) диабетическая нефропатия , артериальная гипертензия. Рек ан крови мочи показателей азотемии в динамике, в лечение адекватная протигипертензивная терапия с применением ингибиторов АПФ, или АРА II

26.02.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

02.02.18РВГ:. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена .

23.02.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы ,микролитов в обеих почках

20.2.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5см3; лев. д. V = 11,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги . В пр доле н/3 дугобразный кальцинат 1,14 возможно узел с кальцинированной стенкой. В перешейке гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,88\*0,64 . . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Узлы правой доли и перешейка.

Лечение: Генсулин Н, диалипон, милдрокор, тризепин, эналаприл, амлодипин, аторвакор, кардиомагнил, диаформин

Состояние больного при выписке: За период стационарного лечения коррегированы дозы инсулина. Уровень гликемии в пределах целевых значений. АД 130/90 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 <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 40ед., п/уж 12 ед.

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. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. амлодипин 5-10 мг веч, кардиомагнил 1т веч Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ пр доли щит железы с результатами конс эндокринолога поликлиники ЗОЭД.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.