#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1369

##### Ф.И.О: Лапко Татьяна Михайловна

Год рождения: 1950

Место жительства: Гуляйполський р-н, с. Новониколаеввка ул. Новая 26

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 18.10.18 по  29.10.18 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, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: диапирид 5 мг Гликемия –5,0--10 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2017г. Хрочнеиская ревматическая болезнь сердца п/а форма. принимает …

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 | | |
| 19.10 | 169 | 5,1 | 4,7 | 3 | |  | | 1 | 0 | 66 | 31 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.10 | 70,0 | 4,9 | 1,59 | 0,97 | 3,1 | | 4,1 | 4,4 | 85 | 36,9 | 68 | 2,3 | | 0,21 | 0,45 |

19.10.18 парагормон интактный – 96,0 пг /мл

19.10.18 К – 4,56 ; Nа –142,5 Са++ -1,15 С1 -103 ммоль/л

### 19.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –8-9-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ед в п/зр

22.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,032

22.10.18 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – 0,060

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.10 | 7,0 | 8,3 | 10,1 | 9,2 |
| 21.10 | 8,5 | 9,6 | 8,9 | 11,0 |
| 23.10 | 5,8 | 8,1 | 8,3 | 6,9 |
|  |  |  |  |  |

22.10.18 Окулист: VIS OD= 0,1сф – 2,5=1,0 OS= 0,1сф – 3,5=1,0 ;.

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: артерии сужены, вены полнкорвны, ангсиоклероз, с-м Салюс 1 – II ст. В макуле без особенностей. Начальная катаракта , Миопия слабой степени ОИ. Д-з: . Начальная катаракта ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

18.10.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм фибриляция предсердий. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Диффузные изменения миокарда.

22.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

22.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы справа , слева сниежно 1 тс. Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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.

23.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудчоной железы 1 ,желчный пузырь удален.

18.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,8 см3; лев. д. V =5,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с едениными гидрофильными очагаим до 0,4см. В пр доле у заднег оконута гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,7\*0,5 см. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой дол.

Лечение:

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. 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.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.