#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 862

##### Ф.И.О: Попович Татьяна Андреевна

Год рождения: 1960

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи ул. Пролетарская 170

Место работы: Пологовский РО ГУМВД Украины в зап. области, гл. бухгалтер.

Находился на лечении с 14.07.15 по 27.07.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая), цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33,7кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб. Узел левой доли. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, глибенкламид). В 2011 проходила стац лечение в ОКЭД, назначен сиофор 1000 2р/д. В дальнейшем к лечению самостоятельно добавила Диабетон MR 30-60. В настоящее время принимает метамин 250 мг 2р\д, Диабетон MR 30 мг сут. Гликемия –10-15 ммоль/л. НвАIс – 9,7 % от 10.2014 . Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5. Узловой зоб с 2011.Т4св – 11,4 (10-35), ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 10,4 (0-30) МЕ/мл от 07.2011 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.07.15 Общ. ан. крови Нв – 131 г/л эритр –4,1 лейк – 4,0СОЭ –3 мм/час

э-2 % п-0 % с- 58% л- 35 % м- 5%

15.07.15 Биохимия: СКФ –101 мл./мин., олл –5,25 тригл -2,79 ХСЛПВП -0,6 ХСЛПНП – 3,38Катер -7,7 мочевина –4,2 креатинин –80 бил общ –11,0 бил пр –2,8 тим –3,7 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,38 ммоль/л;

17.07.15 С-пептид – 2,28

### 15.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ус ; эпит. перех. - в п/зр

17.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -11000 эритр -1000 белок – отр

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

16.07.15 Суточная глюкозурия – 1,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.07.15 Микроальбуминурия –11,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.07 |  |  | 12,5 | 12,7 | 5,6 |
| 16.07 | 12,3 | 13,9 | 8,5 | 9,1 |  |
| 20.07 | 8,8 | 10,1 | 6,6 | 10,7 |  |
| 22.07 | 10,1 | 9,6 | 6,4 | 7,9 |  |
| 23.07 | 8,2 | 6,7 | 7,5 | 4,9 |  |
| 24.07 | 6,4 | 8,7 | 7,4 | 9,1 |  |

16.07.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая, атеросклеротическая), цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

14.07.15Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,6

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

14.07.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

15.07.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

16.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.07.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

17.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, желчный пузырь удален.

15.07.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,5см3; лев. д. V = 3,2см3

Перешеек –0,35 см.

В передних отделах с/3 левой доли очаговое образование 1,0\*0,4\*0,7см четко очерченное с ровными контурами, гипоэхогенно-неравномерной эхоструктуры. В задних отделах левой доли аналогичное образование 0,67 см. На остальном протяжение эхоструктура нормальной эхоинтенсивности, диффузно неравномерная, с чередованием гипо и гиперэхогенных включений, мелкими фиброзными включениями. Закл.: Эхопризнаки наличия мелких очагов в паренхиме щит. железы на фоне изменений диффузного типа её паренхимы.

Лечение: метамин, Диабетон MR, индап, дибизид М, диалипон турбо, актовегин, мильгамма, армадин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: дибизид М 1т 2р/д или диабетон МR (диаглизид МR) 90 мг утром + метамин 1000 мг 2р\д.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: индап 2,5 мг 2р\д, при недостаточном снижении АД эналаприл 2,5-5 мг 2р\д. Контроль АД, ЭКГ.
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: Контроль Дуплекс МАГ ч/з год.
10. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит железы в плановом порядке. Повторная консультация эндокрнологом..
11. Б/л серия. АГВ № 234928 с 14.07.15 по 27.07.15. К труду 28.07.15.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.