#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 636

##### Ф.И.О: Бадёра Аллина Николаевна

Год рождения: 1956

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Кушугум, ул. Садовая 14

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 19.05.15 по 11.06.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма , декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического инсульта в правой гемисфере (2008). Левосторонняя пирамидная симптоматика. Вестибуло-атактический, ликворогипертензионный с-м. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН II А. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (Диабетон MR, сиофор). Инсулинотерапия с 2014. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-28 ед., п/у-22 ед., Генсулин Р п/з 14 ед, п/у 12 ед., сиофор 500 2р/д. Гликемия –10,5-11,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. АИТ, гипертрофическая форма, узловой зоб 1 ст. с 2014. АТТПО от 07.09.14 – 491,6 (0-30); ТТГ – 2,15 (0,4-4,0) от 08.04.14. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает престариум. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.05.15 Общ. ан. крови Нв –135 г/л эритр – 4,2 лейк – 9,2 СОЭ – 31мм/час

э- 1% п- 3% с-64 % л- 30% м- 2%

22.05.15 лейк – 8,8 СОЭ – 13 мм/час

20.05.15 Биохимия: СКФ –77,39мл./мин., хол – 6,0тригл -5,8 ХСЛПВП – 0,73ХСЛПНП -2,63 Катер -7,2 мочевина –5,3 креатинин 106,8 бил общ –10,0 бил пр –2,4 тим –5,5 АСТ – 0,56 АЛТ –0,46 ммоль/л;

20.05.15 Анализ крови на RW- отр

22.05.15 ТТГ – 2,3 (0,3-4,0) Мме/л

22.05.15 К –3,62 ; Nа – 133 ммоль/л

25.05.15 Коагулограмма: ПТИ – 83,3 %; фибр – 4,9 г/л; фибр Б –88 отр; АКТ – 88%; св. гепарин – 8\*10-4

### 20.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 5-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ум в п/зр

22.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 5500 эритр -500 белок – отр

27.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

21.05.15 Суточная глюкозурия – 2,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.05.15 Микроальбуминурия – 112,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.05 | 10,8 | 13,8 | 14,7 | 10,0 |  |
| 22.05 | 10,3 | 8,9 | 13,5 | 10,0 |  |
| 25.05 |  | 10,5 | 11,7 | 10,7 |  |
| 27.05 | 12,4 | 10,9 | 11,5 | 13,4 |  |
| 29.05 |  | 11,1 | 12,8 | 14,8 |  |
| 01.06 | 11,8 | 9,0 | 5,8 | 11,5 |  |
| 03.06 | 12,1 | 9,2 | 8,5 | 9,6 |  |
| 04.06 | 9,9 |  |  |  |  |
| 06.06 | 11,9 |  |  | 13,0 | 11,6 |
| 07.06 2.00-8,5 | 10,0 | 9,0 | 8,6 | 8,0 |  |
| 08.06 2.00-7,4 |  |  |  |  |  |
| 09.06 | 8,9 | 10,2 | 12,8 | 11,3 |  |
| 10.06 | 9,0 | 7,3 | 7,1 | 6,7 |  |

15.05.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического инсульта в правой гемисфере (2008). Левосторонняя пирамидная симптоматика. Вестибуло-атактический, ликворогипертензионный с-м.

21.05.15Окулист: VIS OD= 0,1 н/к OS= 0,1н/к ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, эксудаты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.05.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижэен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

26.05.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН II А. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

02.06.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.05.15РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

05.06.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени, поджелудочной железы, застойных изменений в желчном пузыре, единичных микролитов в почках

26.05.15Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма , декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляции предсердий. СН II А. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Последствия перенесенного ишемического инсульта в правой гемисфере (2008). Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

15.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 29,5см3; лев. д. V =36,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,4 см. .В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,62 \*1,06 см. с фиброзными и гидрофильными включениями. У заднего контура пр доле такой же узел 1,17\*0,85 см.. В левой доле у перешейка такой же зуел 1,38\*0,85 . В пр доле у переднего контура. Кольцевидный кальценат 0,52 см. В перешейке изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,91\*1,35 см с гидрофильными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей и перешейка.

Лечение: канефрон, аспирин кардио, дигоксин, индапрес, торсид, индапрес, Генсулин Р, Генсулин Н, варфарин, верошпирон, сиофор, престариум, розарт, торсид, ипамид, вестибо, тиоктацид, диалипон, кортексин, солкосерил, кортексин, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 50ед., п/уж -48 ед., Генсулин R п/з 18 ед п/у 14 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: Предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д, . Контроль АД, ЭКГ.
4. Дигоксин 1/2т утром 5дней в неделю, индапрес 2,5 мг 1т утром, торсид 5 мг утром. Контр. АД.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р\д,
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 2р. в год. Контр кальцитонина, ТАПБ с последующей конс эндокринолога.
8. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, трайкор 1т 1р/д, оптикс форте 1т 1р\д.
9. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.