#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 716

##### Ф.И.О: Якушевич Евгения Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Молодежная 2-39

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 05.06.15 по 17.06.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Артифакия ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. СН 0-1. СПО вскрытие постинъекционного абсцесса правой ягодицы, гранулирующая рана. Полинодозный зоб II. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 31,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (Диабетон MR, диаформин). 27.04.15 – 15.05.15 получала стац лечение в хир. отд по м/ж по поводу абсцесса левой ягодицы. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 6ед., п/о-6 ед., п/у- 6ед. Гликемия 9,5-11,7 ммоль/л. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 10 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.06.15 Общ. ан. крови Нв – 126 г/л эритр –3,8 лейк – 4,9 СОЭ – 9 мм/час

э-2 % п- 0% с- 64% л- 30 % м- 4%

08.06.15 Биохимия: СКФ –104 мл./мин., хол –5,92 тригл -1,90 ХСЛПВП -0,77 ХСЛПНП -4,28 Катер -6,7 мочевина –4,7 креатинин – 67 бил общ –11,4 бил пр –2,8 тим –4,8 АСТ –0,16 АЛТ –0,27 ммоль/л;

12.06.15Св.Т4 - 14,6 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,5(0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –18,3 (0-30) МЕ/мл

### 09.06.15 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - у; эпит. перех. - в п/зр

08.06.15 Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 12.06.15 Микроальбуминурия –33,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.06 | 10,8 | 130 | 11,3 | 7,6 |
| 07.06 | 10,0 | 12,6 | 93 | 10,2 |
| 10.06 | 9,3 | 9,5 | 7,7 | 8,3 |
| 12.06 | 6,9 | 9,1 | 7,9 | 11,4 |
| 15.06 |  | 8,2 |  | 12,1 |
| 16.06 |  |  |  | 8,5 |

05.06.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма.

05.06.15Окулист: VIS OD=0,1 с кор 0,5 OS=0,2 с кор 0,6

Единичные микроаневризмы. Множественные лазеркоагулянты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Артифакия ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ.

05.06.15ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

05.06.15 Хирург: СПО вскрытие п/к абсцесса правой ягодицы. Гранулирующая рана.

09.06.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. СН 0-1

09.06.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.06.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

05.06.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =14,8 см3; лев. д. V = 10,1см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле у переднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,4\*1,0 см. с гидрофильными включениями. Такой же узел в н/3 1,2 \*0,9 см. в лев доле у перешейка такой же узел 0,94\*0,68. В с/3 левой доли такой же узел 1,46\*1,0. У заднего контура гидрофильный узел 1,04\*0,87 см. В обеих долях несколько гидрофильных узлов до 0,7 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Инсуман Базал, тиоктацид, тивортин, витаксон, гентаксан, берлиприл

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 16-18ед., п/уж – 14-16ед.
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: карведилол 12,5м г утр. нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТАПБ по м/ж, ТТГ 1р в год.
11. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.