#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 252

##### Ф.И.О: Диоба Владимир Пантелеевич

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Мелитополь, ул, Лавецкого 155

Место работы: пенсионер, инв Ш гр.

Находился на лечении с 20.02.15 по 05.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Энцефалопатия сочетанного генеза. Цефалгический с-м. цереброастенический с-м. Помутнение роговицы OS. Зрелая катаракта OS. Терминальная глаукома OS. Начальная катаракта ОД. Ангиопатия сосудов сетчатки OS. Диффузный зоб II ст., средней тяжести, декомпенсация. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. ОРВИ. Реконволисцент.

Жалобы при поступлении на полиурию, снижение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-12 ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Хумодар Б100Р 22.00 16-18 ед. Гликемия –15,0-7,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. ДТЗ с 05.2014. Св.Т4 – 37,8 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/л. назначена тиреостатическая терапия: эспакарб 30мг\сутки. В настоящий момент принимает потдерживающую дозу эспакарб 10 мг\сутки. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.02.15 Общ. ан. крови Нв – 139 г/л эритр –4,4 лейк –7,0 СОЭ –5 мм/час

э-1 % п- 1% с- 69% л-20 % м- 9%

23.02.15 Биохимия: СКФ –103 мл./мин., хол –3,8 тригл – 1,3ХСЛПВП -1,39 ХСЛПНП -1,82 Катер -1,7 мочевина –3,9 креатинин –62,4 бил общ – 13,2 бил пр – 3,3 тим –2,4 АСТ –0,43 АЛТ – 0,70 ммоль/л;

23.02.15 Анализ крови на RW- отр

23.02.15 Т4св – 30,50 (11,5-22,7) пМоль\л, ТТГ – 0,02 (0,4-4,0)мкмМЕ/мл

### 24.02.15 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

23.02.15 кал на я/г - отр

03.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр -250 белок – отр

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

23.02.15 Суточная глюкозурия – 1,13 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.02.15 Микроальбуминурия –154,5 мг/сут

АТрТТГ сдан.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.02 | 6,9 | 9,7 | 11,5 | 7,1 |
| 23.02 | 6,3 |  | 6,4 |  |
| 24.02 |  | 14,4 |  | 3,6 |
| 25.02 | 7,5 | 15,0 | 5,4 | 19,6 |
| 27.02 | 6,7 | 5,9 | 5,0 | 8,0 |
| 01.03 | 6,1 | 9,8 | 9,6 | 9,2 |
| 03.03 |  | 10,0 | 3,5 | 7,6 |
| 04.03 |  |  | 11,9 |  |
| 05.03 |  | 6,7 | 2,5 | 10,6 |

20.02.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Энцефалопатия сочетанного генеза. Цефалгический с-м. цереброастенический с-м.

20.02.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= ноль

Субатрофия OS. Помутнение роговицы OS. Тотальное помутнение хрусталика OS. Начальные помутнение в хрусталике ОД. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Помутнение роговицы OS. Зрелая катаракта OS. Терминальная глаукома OS. Начальная катаракта ОД. Ангиопатия сосудов сетчатки OS..

05.03.15 осмотр к.м.н. Вильхового С.О.:ДТЗ II ст, средней тяжести, декомпенсация. СД тип 2 , ВИЗ средней тяжести, декомпенсация.

30.03.15 ФГ ОГК№ 85160 легкие и сердце без патологии.

23.02.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

25.02.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии III степени Гипертензивное сердце.

27.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.02.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

06.03.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =17,3 см3; лев. д. V = 15,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. В пр. доле в с/3 кольцевая структура 0,6 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, папаверин, анальгин, глюкоза, нейровитан, глюкоза, эспа-карб, капторил, карведилол, парацетамол, диалипон, витаксон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, снижение гликемии связывает с физ. нагрузкой, проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии, дозирования физ. нагрузок. АД 110/70 мм 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: Хумодар Р100Р п/з-15-17 ед., п/о- 8-10ед., п/уж – 8-10ед., Хумодар Б100Р 22.00 16-18 ед.

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. Рек. кардиолога: лоспирин 75 мг веч, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., арифон ретарт 1т/д. Контроль АД, ЭКГ.
3. Индапрес 2,5 мг утром, карведилол 6,25мг 2р\д Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейровитан 1т./сут., 1 мес.
5. Рек. невропатолога: Армадин 2,0 в/м № 10.
6. Рек к.м.н. Вильхового С.О: показано оперативное лечение в плановом порядке после достижения компенсации тиреотоксикоза.
7. Контр ТТГ, св Т4 ч/з 10 дней. Эспа-карб 10 мг 3р\сут.
8. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.