#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 360

##### Ф.И.О: Петунина Наталья Васильевна

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Днепрорудный, ул. Летняя 12-23

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 13.03.15 по 23.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II сочетанного генеза. С-м Вестибулопатии. Ожирение I ст. (ИМТ 34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб 1. Узел правой доли. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 9 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния редко, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 1997 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 34ед., п/у24- ед. Гликемия –12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начла заболевания. Повышение АД в течение 5-6 лет. Из гипотензивных принимает арифон-ретард , конвериум 700 мг, небивалол 2,5 7 мг утром. АИТ, узловой зоб с 2005. ТАПБ узла щит. железы от 2013 закл: соответствует узловому зобу с кистозной дегенерацией узла Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.03.15 Общ. ан. крови Нв – 136 г/л эритр – 4,1лейк – 5,1 СОЭ –10 мм/час

э-3 % п-0% с-69 % л- 23% м- 5%

16.03.15 Биохимия: СКФ –108,4 мл./мин., хол –4,3 тригл -1,23 ХСЛПВП -0,95 ХСЛПНП -2,79 Катер -3,52 мочевина –4,2 креатинин –75 бил общ –10,9 бил пр –2,4 тим – 4,2 АСТ –0,38 АЛТ –0,27 ммоль/л;

20.03.15ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/л

### 17.03.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –2-3 в п/зр белок – 0,24 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

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

16.03.15 Суточная глюкозурия – 0,7 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.03 | 5,0 | 9,7 | 6,9 | 11,6 |
| 17.03 |  |  |  | 11,9 |
| 19.03 | 5,6 | 6,3 | 3,3 | 8,4 |
| 20.03 |  |  | 5,6 |  |

18.03.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II сочетанного генеза. С-м Вестиублопатии. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

16.03.15Окулист: VIS OD=0,3 OS=0,1

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.03.15ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

17.03.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

16.03.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.03.15РВГ: Нарушение кровообращения справа II-III ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

16.03.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.03.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,4 см3; лев. д. V =5,8 см3

Щит. железа увеличена за счет пр доли, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенным фолликулами до 0,35 см.В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,55\*2,19 см. с кистозной дегенерацией и крупными кальцинатами в центре. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение:, Хумодар Б100Р арфион ретард, небивалол, конвериум, армадин, нуклео ЦМФ, луцетам, эссенциале.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 34-36ед., п/уж – 26-28ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: небивалол 2,5 -5 мг лозап 100 мг 1р\сут, арифон ретард 1т утром. Контр АД ЭКГ.
8. Нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес,
10. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.