#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 495

##### Ф.И.О: Бучакчийская Людмила Дмитриевна

Год рождения: 1962

Место жительства: Приморский р-н, с. Мариновка, ул. Первомайская 19

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.04.15 по 21 .04.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДЭП II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Эмоционально- волевые расстройства. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоимунный тиреоидит ,гипертрофическая форма Смешанный зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 12 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, сиофор). С 01.2015 в связи с декомпенсацией СД назначена инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-10 ед., п/у- 10ед., Хумодар Р100Р п/з 14 ед. п/у-12 ед Гликемия –5-10 ммоль/л. НвАIс – 9,4 % от 19.03.15. Боли в н/к в течение 2 лет. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.04.15 Общ. ан. крови Нв –140 г/л эритр –4,2 лейк –6,5 СОЭ –4 мм/час

э- 1% п- 4% с- 60% л- 32% м- 3%

09.04.15 Биохимия: СКФ –121,6 мл./мин., хол –5,8 тригл -1,54 ХСЛПВП -1,22 ХСЛПНП -3,9 Катер -3,7 мочевина –3,84 креатинин –73 бил общ –11,9 бил пр – 3,1 тим – 5,16 АСТ – 0,22 АЛТ –0,64 ммоль/л;

10.04.15ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –100 (0-30) МЕ/мл

17.04.15 Т4 св – 1,73(0,78-1,94)

### 09.04.15 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 8-10 в п/зр белок – 0,022 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ум в п/зр

14.04.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр -250 белок – отр

10.04.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 10.04.15 Микроальбуминурия –33,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.04 | 7,4 | 6,1 | 7,0 | 3,5 | 11,1 |
| 11.04 | 9,4 | 9,0 | 9,6 | 8,3 |  |
| 15.04 | 7,3 | 10,8 | 7,5 | 9,1 |  |
| 17.04 |  | 10,1 |  |  |  |
| 18.04 |  | 9,1 |  |  |  |

14.04.15Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДЭП II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Эмоционально волевые расстройства

03.04.15Окулист: осмотр в палате

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

14.04.15ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.. Гипертрофия левого желудочка.

14.04.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

14.04.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.04.15РВГ: Нарушение кровообращения справа –I-II ст. слева – 1, тонус сосудов повышен.

15.04.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, обращает внимание ассиметрия размеров почек при сохраненной структуре, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

08.04.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,6 см3; лев. д. V =12,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная, В обеих долях множественные гидрофильные узлы с четкими ровными контурами от 0,4 см до 0,93 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Множественные узлы обеих долей.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, лозап, арифон, кардиомагнил, предуктал MR, пирацетам, фенигидин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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 Б100Р п/з- 16ед., п/уж -10 ед., Хумодар Р100Р п/з- 14ед., п/уж - 4ед.Диаформин 500-1000мг /сут ( при согласии больной.)
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: лозап 50 мг утром, арифон ретарт 1т 1р\д, клопидогрель 75 мг 1р\д., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. Суточное мониторирование ЭКГ.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, армадин 2,0 в/м 2р\сут № 10.
9. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес. Контр ТТГ 1р в 6 мес. При росте узлов направить на ТАПБ узлов щитовидной железы. Повторный осмотр эндокринолога.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.