#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 588

##### Ф.И.О: Винчерский Владимир Павлович

Год рождения: 1944

Место жительства: Токмакский р-н, с. Чапаевка, ул. Чапаева 55

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 07.05.15 по 19.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дистальная диабетическая симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Последствия перенесенного малого ишемического инсульта (2012). Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II, цереброастенический с-м. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь III стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1 ст, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5-6 кг за год, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140-150/90 мм рт.ст., головные боли, снижение слуха, слабость в мышцах, шаткость при ходьбе головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, диапирид, глибенкламид). С 2014 в связи со стойкой декомпенсацией переведен на инсулинотерапию В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 28ед., п/у- 14ед. Гликемия –9,0-10,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 1997г. Повышение АД в течение 20 лет. Гипотензивные принимает нерегулярно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.05.15 Общ. ан. крови Нв –159 г/л эритр –4,8 лейк – 4,2 СОЭ – 15мм/час

э- 5% п-0% с- 59% л- 29 % м- 7%

08.05.15 Биохимия: СКФ –119 мл./мин., хол – 6,8тригл -2,81 ХСЛПВП -0,82 ХСЛПНП -4,70 Катер -7,3 мочевина –5,3 креатинин –70,8 бил общ –11,8 бил пр –2,9 тим –2,6 АСТ – 0,26 АЛТ – 0,21 ммоль/л;

08.05.15ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –32,0 (0-30) МЕ/мл

### 08.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1031 лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ум в п/зр

13.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

12.05.15 Суточная глюкозурия – 1,8 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.05 | 13,0 | 11,0 | 11,6 | 13,0 |  |
| 10.05 | 6,7 | 9,3 | 10,7 | 9,4 |  |
| 14.05 | 6,8 |  | 8,7 | 10,4 | 7,6 |
| 16.05 | 8,2 | 8,9 | 10,3 | 10,3 |  |
| 18.05 | 7,8 | 11,4 | 7,2 | 7,7 |  |

14.05.15Невропатолог: Последствия перенесенного мозгового ишемического инсульта (2012). Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

07.05.15Окулист:

Помутнения в хрусталиках ОИ, больше слева. OS – опущение н/века во внутреннем углу. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:v: 1:2:, сосуды извиты, склерозированы, вены полнокровны. На заднем полюсе дистрофические очаги, твердые экссудаты. Салюс I-II. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.05.15ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

13.05.15Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

08.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.05.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

07.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 17,7 см3; лев. д. V =16,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные неровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.

В пр. доле у переднего контура гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,93\*0,95 см. ( с крупным кальцинатом) В с/3 пр доле кольцевая структура 1,64 см ( возможно изоэхогенный узел). В лев доле у переднего контура гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,1\*0,68см и 1,29\*1,0 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: полокард, энап, софрадекс, Хумодар К 25 100Р, диалипон, витаксон, пирацетам.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипергликемия до 11.4 связана с погрешностью в питании, с больным проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 135/80 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 К 25 100Р п/з- 38-40ед., п/уж -18-20 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. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: аспирин-кардио 100 мг 1р/д., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 5 мг \*2 р/день, кардиомагнил 75 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/м 1р/день № 10.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ, 2р. в год. Контр. кальцитонина. ТАПБ с последующей консультацией эндокринолога.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.