#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 955

##### Ф.И.О: Павлюк Елена Лукинична

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Энергодар ул. Лесная 6-90

Место работы: н/р

Находился на лечении с 10.08.16 по 22.08.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорно-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м. ДДПП на шейно-грудном уроне, хр. рецидивирующее течение, ст. неполной ремиссии. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное ангиопатия сетчатки ОИ Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-30 ед., п/у-24 ед. Гликемия –7,0-17,0 ммоль/л. . Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 20 лет. АИТ, гипотиреоз с 2010 ТТГ – 5,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 126,8 (0-30) МЕ/мл от 22.04.11, принимает L-тироксин 100 мкг\сут. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.08.16 Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр – 4,2 лейк –4,0 СОЭ –20 мм/час

э- 1% п- 0% с- 61% л- 34% м-4 %

11.08.16 Биохимия: СКФ –112,8 мл./мин., хол –5,8 тригл -1,42 ХСЛПВП -1,24 ХСЛПНП – 3,91Катер -3,7 мочевина –5,1 креатинин –86 бил общ –2,6 бил пр –2,0 тим –2,0 АСТ – 0,23 АЛТ –0,38 ммоль/л;

12.08.16ТТГ –1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

12.08.16 Са – 1,8 ммоль\л

### 12.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 7-8 в п/зр белок – 0,038 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

15.08.16 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### .08.16 Микроальбуминурия –31,44 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.08 | 5,8 | 6,2 | 7,0 | 9,4 |
| 15.08 | 6,0 | 8,6 | 5,8 | 11,2 |
| 18.08 |  |  |  | 8,1 |

2014Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорно-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м. ДДПП на шейно-грудном уроне, хр. рецидивирующее течение, ст. неполной ремиссии.

2014Окулист: осмотр в палате

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

10.08.16ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

15.08.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное ангиопатия сетчатки ОИ Риск 4.

13.08.16ЭХО КС: КДР- 4,9см; КДО- 113мл; КСР- 3,1см; КСО-37 мл; УО-76 мл; ФВ-67 %; просвет корня аорты – 1,8см; ПЛП -4,3 см; МЖП –1,0 см; ЗСЛЖ –1,0 см; ППЖ-6,0 см; По ЭХО КС: Уплотнение стенок аорты. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

2014Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.08.16 ФГ ОГК№97982: без патологии

16.08.16РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

15.08.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; с увеличением размеров селезенки, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

20.08.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0 см3; лев. д. V =7,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура однородная, мелкий фиброз и множественные гидрофильные очаги до 0,5 мм. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы

Лечение: диаформин, торсид, эналаприл, L-тироксин, диалипон, витаксон, нуклео ЦМФ, тивортин, пирацетам, глюконат кальция, Генсулин Н.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Генсулин Н п/з-30-32 ед., п/уж – 24-26ед

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг 2р\д Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 100 мкг утром натощак за 30 мин до еды.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.