#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 820

##### Ф.И.О: Шевченко Стефания Ивановна

Год рождения: 1947

Место жительства: Токмакский р-н,г .Молочанск ул. Вокзальная 41

Место работы: пенсионер уд УВ сер Д №658425

Находился на лечении с 07.07.16 по 19.07.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, атеросклеротическая гипертоническая). цереброастенический с-м. Патология МАГ. с-м извитость ПА с двух сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к. ХВН. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1. Узел левой доли. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния, общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания в течении месяца принимала ССП. Затем принимала Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на Инсуман Базал. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-14 ед., п/у-10 ед., Инсуман Базал п/з 20 ед, п/у 16 ед. Гликемия –4-13 ммоль/л. НвАIс - 7,1% от 04.07.16. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает лозап плюс 1р/д, комбикрп 1р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.07.16 Общ. ан. крови Нв –140 г/л эритр –4,4 лейк – 5,2 СОЭ – 10 мм/час

э-0 % п- 0% с- 60% л-38 % м- 2%

08.07.16 Биохимия: СКФ –62 мл./мин., хол –3,75 тригл -1,24 ХСЛПВП -0,82 ХСЛПНП – 2,36Катер -3,6 мочевина –5,07 креатинин –89 бил общ – 22,4 бил пр –4,6 тим –1,8 АСТ – 0,10АЛТ – 0,38 ммоль/л;

08.07.16Св.Т4 - 19,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл АТПО – 25,8(0-30) МЕ/мл

08.07.16 К – 4,25 ; Nа – 137 ммоль/л

### 08.07.16 Общ. ан. мочи уд вес отр лейк –8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

12.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - 0 белок – отр

15.07.16 Суточная глюкозурия – 1,24%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.07.16 Микроальбуминурия –29,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.07 | 14,8 | 16,8 | 9,5 | 6,3 | 2,5 |
| 10.07 | 12,5 | 16,0 | 12,5 | 10,8 |  |
| 12.07 | 16,6 | 17,9 | 6,0 | 9,7 | 3,3 |
| 13.07 | 15,7 | 17,7 | 6,2 | 12,6 | 9,1 |
| 15.07 | 12,3 | 7,8 | 6,2 | 12,2 |  |
| 16.07 | 9,8 | 9,8 | 8,0 | 12,1 |  |
| 17.07 | 5,4 | 2,0 | 9,8 | 11,0 |  |
| 18.07 | 9,8 | 7,8 |  |  |  |

12.07.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, атеросклеротическая гипертоническая). цереброастенический с-м. Патология МАГ. с-м извитость ПА с двух сторон.

07.07.16Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,8 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

07.07.16ЭКГ: ЧСС – 85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

08.07.16Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

08.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.Варикозная болезнь н/к. ХВН.

11.07.16 НА р-гр пятки определяется обезыствление подошвенного опоневроза – шпоры.

11.07.16 Дуплекс. сканирование брацихоцефальных артерий:. Эхопризнаки малого диаметра правой ПА, метаболической, гипертонической ангиопатии (с-образная извитости ПА с двух сторон) нестенозирующего атеросклероза ( слева в ВСА визуализируется АБ-ка вызывающая степень стеноза до 10%), дистонического типа венозного оттока в ВЯВ с двух сторон.

14.07.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в н/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре

07.07.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 20,4 см3; лев. д. V = 23,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильными очагами до 0,45 см. В левой доел узел с кальцинированными стенками 1,8\*1,35.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, витаксон, пирацетам, диалипон, лозап плюс, 40% глюкоза, арифон ретард, розарт,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-20 ед, п/уж -16 ед., Инсуман Рапид п/з 14 ед, п/у 4 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*веч

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: лозап 50-100 г 1р\д арифон ретард 1т 1р\д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит. железы в плановом порядке. Повторный осмотр эндокринолога с результатами дообследования.
7. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ
8. Конс. хирурга по м\ж (пяточная шпора)

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.