#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1074

##### Ф.И.О: Чудновец Татьяна Николаевна

Год рождения: 1963

Место жительства: Вольнянский р-н, Трудолюбовка ул. Пушкина 13

Место работы: ООО АФ «Злагода», разнорабочая

Находился на лечении с 08.09.16 по 20.09.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Мультифакальный атеросклероз. Стенозы сонных артерий с обеих сторон. СМН Ш ст. Окклюзия бедренно-подколенного сегмента слева. Хроническая ишемия II б ст. Диабетическая остеоартропатия II ст. Множественные деформации суставов обеих стоп. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН II А. ф. кл II. Артериальная гипертензия II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия (атеросклеротического генеза), цереброастенический с-м. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диапирид 3 мг \*2р/д, диаформин 1000 \*2р/д. Гликемия – 4,8-10,2ммоль/л. НвАIс 11,7 % от 02.09.16. Повышение АД в течение 30 лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.09.16 Общ. ан. крови Нв – 121 г/л эритр – 3,6 лейк –8,1 СОЭ – 40 мм/час

э- 0% п-1 % с-75 % л-20 % м- 4%

09.09.16 Биохимия: СКФ –129 мл./мин., хол – 3,84тригл -0,89 ХСЛПВП -1,33 ХСЛПНП – 2,1Катер – 1,9мочевина – 4,0 креатинин – 63 бил общ –8,8 бил пр –2,5 тим – 4,27 АСТ – 0,12 АЛТ – 0,70 ммоль/л;

26.09.16 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

### 14.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – на всё п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -мноо в п/зр

15.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5500эритр -2500 белок – отр

13.09.16 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.09.16 Микроальбуминурия – 131,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.09 | 6,4 | 8,9 | 7,9 | 10,7 |  |
| 12.09 | 6,2 | 81 | 7,3 | 7,4 |  |
| 17.09 | 6,2 | 10,6 | 10,0 | 12,6 | 8,7 |
| 19.09 |  |  | 8,5 | 8,1 |  |

08.09.16Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия (атеросклеротического генеза), цереброастенический с-м. Стеноз ВСА с 2х сторон. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

08.09.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

08.09.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец по задней стенке?. Замедление АВ проводимости.

08.09.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН II А. ф. кл II. Артериальная гипертензия II ст.

13.09.16 На р-гр стоп определяется деформация в 1-х плюснефаланговых с-вах с подвывихами в них, субхондральный склероз суставных поверхностей, характерно для Hallus Valgust

16.09.16 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. окклюзия бедренно-подошвенного сегмента ХВН. ВРВ н/к. Диабетическая остеоартропатия II ст. Множественные деформации суставов обеих стоп.

12.09.16РВГ: Нарушение кровообращения справа Ш ст., слева Ш – IV, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока слева.

08.2016 Ангиохирург: мультифакальный атеросклероз. Стенозы сонных артерий с обеих сторон. СМН Ш ст. Окклюзия бедренно-подколенного сегмента слева. Хроническая ишемия II б ст.

08.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,3 см3; лев. д. V =9,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диапирид, диаформин, аспирин кардио, плестазол, розарт, эналаприл, предуктал MR, норфлоксацин, тиотриазолин, солкосерил, тивортин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-140/90 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. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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 20 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\днолипрел форте 1т\*утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, суточное мониторироване ЭКГ по м/ж.
5. Эналаприл 10 мг 2р/сут, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Анлиз крови на АТТПО, с послед конс. эндокринолога. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Б/л серия. АГВ № 2354 с 08.09.16 по 20.09.16. К труду 21.09.16.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.