#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 216

##### Ф.И.О: Литус Зинаида Васильевна

Год рождения: 1953

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Интернациональная 72

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.02.16 по 29.02.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, выраженный цереброастенический с-м. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. САГ 1 ст. Диффузный эутиреоидный зоб 1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли, боли в суставах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 120 мг утром. Гликемия –11-12 ммоль/л. НвАIс – 11,55 % от 09.02.16. Боли в н/к в течении 3 мес. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.02.16 Общ. ан. крови Нв –140 г/л эритр – 4,4 лейк – 8,1 СОЭ – 24 мм/час

э- 0% п- 2% с-63 % л- 31% м-4 %

18.02.16 Биохимия: СКФ –55,5 мл./мин., хол –6,75 тригл -2,12 ХСЛПВП – 1,31 ХСЛПНП -4,2 Катер -3,3 мочевина – 81,2 креатинин –12,2 бил общ –3,0 бил пр –4,4 тим –4,4 АСТ – 0,56 АЛТ –0,35 ммоль/л;

19.02.16 Св.Т4 - 16,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 34,8 (0-30) МЕ/мл

### 18.02.16 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,024 ацетон –отр; эпит. пл. ного- ; эпит. перех. - много в п/зр

19.02.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4500 эритр - 250белок – отр

23.02.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - 250белок – отр

19.02.16 Суточная глюкозурия – 1,83%; Суточная протеинурия – отр

##### 19.02.16 Микроальбуминурия –35,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.02 | 13,2 | 10,4 | 10,9 | 10,3 |
| 19.02 | 10,9 |  |  |  |
| 21.02 | 8,4 | 9,2 | 6,3 | 8,7 |
| 23.02 | 8,3 |  | 9,0 | 8,3 |
| 24.02 |  |  | 7,6 | 8,4 |
| 25.02 | 8,1 | 8,5 |  |  |
| 26.02 | 7,4 |  | 5,4 | 6,1 |

16.02.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, выраженный цереброастенический с-м.

17.02.16Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,8

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.02.16ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

22.02.16Кардиолог: САГ 1 ст.

22.02.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.02.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

23.02.16 УЗИ ОБП, почек З-е- эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст ,пристеночного образования в желчном пузыре похожего на полип ,кисты левой почки,микролитов в почках.

17.02.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,0 см3; лев. д. V =7,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диабетон MR, мефармил, димарил, мефармил, диалипон, витаксон, ноотропил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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. ССТ: димарил (диапирид, амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

Мефармил (диаформин, сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут. Контроль гликозилированного гемоглобина в динамике ч/з 3 мес, при сохраняющихся высоких показателях гликозилированного гемоглобина необходима повторная госпитализация в ОКЭД для перевода на инсулинотерапию.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес, СКФ ,креатинина ,мочевины в динамике
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: карведилол 12,5мг утр. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 2,5-5 мг утром, 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.
8. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
9. Рекомендации нефролога Контроль анализа крови ,общего анализа мочи в динамике ,УЗИ контроль почек 1-2 раза в год.
10. Конс .хирурга ,гастроэнтеролога по м/жит ,учитывая изменения по данным УЗИ ОБП.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

\Зав.отд.Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.