#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 802

##### Ф.И.О: Дацко Светлана Герасимовна

Год рождения: 1946

Место жительства: Ореховский р-н, с. Юрковка ул. Центральная 151а

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 30.05.17 по 10.06.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб 1 ст, рецидив. Узел левой доли Эутиреоидное состояние. САГ 1 ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1- II сочетанного генеза, цереброастенический с-м, Эссенциальный тремор.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли, вздутие живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (манинил, букарбан, метформин). С 1998 в связи со стойкой декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию: монотард, с 2000 Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 40ед., сиофор 850 2р/д. Гликемия –4,9-12,0 ммоль/л. НвАIс -8,9 % от 03.2017. Последнее стац. лечение в 2013г. В 1976 тиреоидэктомия по поводу узлового зоба. АИТ с 2013. ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 219 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 31.05 | 102 | 3,1 | 3,2 | 11 | 1 | 2 | 68 | 28 | 1 |
| 08.06 | 123 | 3,7 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 31.05 | 81,4 | 4,2 | 1,1 | 1,54 | 2,16 | 1,73 | 6,5 | 73 | 19,6 | 4,8 | 10,0 | 0,31 | 0,21 |

02.06.17 ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл

02.06.17 К – 4,3 ; Nа –141,2 Са - 1,94 ммоль/л

### 31.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

06.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

02.05.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 02.05.17 Микроальбуминурия – 18,3мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.05 | 8,3 | 7,6 | 4,8 | 3,5 | 6,0 |
| 04.06 | 5,5 | 16,8 | 6,0 | 12,8 | 8,4 |
| 07.06 | 6,1 | 9,1 | 7,6 | 3,6 | 5,0 |
| 08.06 |  |  |  | 6,5 |  |

30.05.17Невропатолог: ДЭП 1- II сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Эссенциальный тремор.

07.06.17 Окулист: Негомогенное помутнение в хрусталиках, гл. дно под флером. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Салюс 1, вены значительно расширены, неравномерного калибра. По ходу сосудов геморрагии, экссудаты, микрогеморрагии, микроаневризмы. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия. Незрелая катаракта ОИ.

30.05.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

06.06.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

31.05.17Кардиолог: САГ 1 ст.

Рек. кардиолога: фитосед 1т 3р\д 2 нед, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

10.06.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.06.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Варикозная болезнь н/к. Варикозное расширение поверхностных вен голеней с двух сторон.

31.05.17 Допплерография: Определение ЛПИ противопоказано из-за наличия у больной ВРВ н/р.

31.05.17 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено с обеих сторон II ст . Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

30.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,4 см3; лев. д. V = 9,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая единичные расширенные фолликулы до 0,38 см .В левой доле в н/3 гидрофильный узел 0,95\*0,7 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культя правой доли. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли

Лечение: Хумодар Б100Р, диаформин, кардиомагнил, тиоктацид, ноотропил, мильгамма, проноран.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм 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 Б100Р п/з- 34-36ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. При повышение АД арифон ретарт 1т/сут.
3. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
4. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. Рек. невропатолога: проноран 1т веч длительно. Кортексин 10 мг в/м № 10.
7. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д,
8. Контроль УЗИ щит 1р/год, Сдать анализ крови на Т4св, ТТГ 2р\год. ТАПБ узла левой доли.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В