#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 607

##### Ф.И.О: Менькина Галина Михайловна

Год рождения: 1941

Место жительства: Васильевский р-н г. Днепрорудный ул. Героев труда 13-33.

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 24.04.17 по 04.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Смешанный зоб II ст. узлы правой доли и перешейка. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. ИБС: стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз. ГБ Ш ст 2 степени. СН II А. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза , цереброастенический с-м ,с-м вестибулопатии. Спаечная болезнь брюшной полости.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, отеки голеней, одышка при ходьбе, давящие боли в области сердца.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. С2005 отмечалось повышение глюкозы. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, сиофор). С 2015 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 22 ед., метамин 1000 мг веч. Гликемия –7,8-13,0 ммоль/л. НвАIс – 9,8 % от 06.03.17. Страдает ИБС: стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз. ГБ Ш ст 2 степени. Риск 4. Принимает берлиприл20 мг 2р\д, семлопин 5 мг веч. лоспирин 75 мг веч. В 1986 оперированная по поводу многоузлово зоба. В 2013экстерпацияматки с придатками (аденокарцинома). В 2007 холецистэктомия. В 2011 пластика вентральной грыжи. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 25.04 | 134 | 3,9 | 5,6 | 18 | 2 | 0 | 68 | 24 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.04 | 58,7 | 6,1 | 2,02 | 1,83 | 3,3 | 2,3 | 5,0 | 103,4 | 18,0 | 4,3 | 2,2 | 0,61 | 0,39 |

25.04.17 Анализ крови на RW- отр

28.04.17 ТТГ –2,0 (0,3-4,0) Мме/мл

03.05.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 98,7 %; фибр –3,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

### 25.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 4-5 в п/зр белок – 0,044 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. много- в п/зр

26.04.17 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – 0,05г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.04 | 8,6 | 11,2 | 9,5 | 10,6 |
| 29.04 | 8,9 | 10,4 | 9,5 | 8,8 |
| 30.04 | 8,5 |  |  |  |
| 02.05 | 7,1 | 7,8 | 7,8 | 7,7 |

03.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4) хроническое течение, Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза , цереброастенический с-м ,с-м вестибулопатии Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., мильгамма 2,0 в/м вестибо 24 мг 2р/д 1 мес. ноотропил 10, 0 в\в № 10.

04.05.17Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены, извиты .Выраженный ангиосклероз. Салюс I. В макуле рефлекс сглажен Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

24.04.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

25.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Спаечная болезнь брюшной полости. Рек наблюдение онколога, невролога, сосудистого хирурга, доплерография артерий н/к.

24.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,8 см3; лев. д. V = 12,9 см3

Перешеек – см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр доле у переднего контура

изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,26\*0,9 см. с кистозной дегенерацией. В перешейке слева такой же узел 2,1\*1,53 см. В левой доле скопление кольцевых структур 2,85\*2,632 см. (возможно конгломерат изоэхогенных узлов) Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы правой доли.

Лечение: Инсуман Базал, метамин, диалипон, витаксон, берлиприл, бисопролол, семлопин, лоспирин, фуросемид, тагиста, розувастатин, трифас

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: Инсуман Базал п/з- 24-26 ед.,

ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*веч.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 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. Гипотензивная терапия: индапамид 2,5 мг 1тутром натощак, бисопролол 5 мг 1т в обед, берлиприл 20 мг 1т 2р/д, селопин 5 мг 1т веч. лоспирин 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Трифас 5 мг 1т утром натощак 2р/нед. при отеках.
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. ТАПБ узлов в плановом порядке.
8. Вестибо 24 мг 1т 2р/д 1 мес

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В