#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1267

##### Ф.И.О: Седневец Ирина Ивановна

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Энергодар б-р, Каштановый 18-34

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.09.17 по 21.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Смешанный зоб 0-1. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Энцефалопатия 1, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) цереброастенический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II-Ш стадии 3 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Послеоперационная вентральная грыжа больших размеров, вправимая. Спаечная болезнь брюшной полости.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В 2015 проходила стац лечение в энд отд в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 36ед., п/у- 24ед. + диаформин 500 мг 2р/д. Гликемия –12-16ммоль/л. НвАIс – 13,0 % от 21.08.17 . Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает хипотел 40 мг. Узловой зоб выявлен в 2015. 05.2015 ТТГ- 0,3 АТТГ- 198, АТТПО – 8,3. 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 |
| 13.09 | 140 | 4,4 | 7,3 | 25 | 2 | 1 | 63 | 33 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.09 | 107 | 6,31 | 2,35 | 1,22 | 4,01 | 4,2 | 4,4 | 69,3 | 11,4 | 2,6 | 1,8 | 0,11 | 0,41 |

17.09.17. ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл

13.09.17 К – 4,01 ; Nа – 136 Са++ -1,13 С1 -100 ммоль/л

### 13.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - едв п/зр

18.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 12500 эритр - белок – отр.

20.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

14.09.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 14.09.17 Микроальбуминурия –51,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.09 | 6,0 | 8,2 | 4,7 | 3,7 |
| 15.09 | 4,7 | 5,5 | 6,7 | 6,3 |
| 16.09 | 5,1 | 7,5 | 8,2 | 7,1 |
| 19.09 | 4,6 | 5,0 | 6,7 | 5,0 |
| 20.09 | 5,2 |  |  |  |

15.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), энцефалопатия 1, сочетанного генеза(дисметаболическая, сосудистая) цереброастенический с-м

14.09.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

ОИ артифакия Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены, вены расширены, полнокровны, микрогеморргаии. В макуле множественные твердые экссудаты. Д-з: Артифакия Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.09.17ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. малый рост з.Р V1-3

14.09.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II-Ш стадии 3 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

14.09.7Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.09.17Хирург: Послеоперационная вентральная грыжа больших размеров, вправимая. Спаечная болезнь брюшной полости.

14.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II ст с обеих сторон. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

14.0.17Допплерография: ЛПИ справа – 1,2, ЛПИ слева – 1,2. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

04.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,5 см3; лев. д. V = 6,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,35 см. В с/3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,86\*0,66 см. У заднего контура пр доли изоэхогенный узел 1,2\*0,95 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 ст. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Инсуман Базал, диаформин, мефармил, канефрон, хипотел.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. С больной проведена беседа о необходимости проведения ТАПБ узлов щит. железы.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-24 ед., п/уж - 10ед.,

Мефармил (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

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: дообследование ЭХОКС КАГ, нолипрел форте 1т 1р/д, небивалол 1,25 мг 1р/д.
5. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., актовегин 10,0 в/в № 10, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в 6 мес ТАПБ узлов щит железы в плановом порядке. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В