#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 68

##### Ф.И.О: Тропинская Раиса Петровна

Год рождения: 1945

Место жительства: Токмакский р-н, с. Харьковское, ул. Майская 12

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.01.17 по 30.01.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Рецидив узлового зоба II ст. узел левой доли. щит. железы. Эутиреоз. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цефалгический с-м, цереброастенический с-м. Умеренная церебральная атрофия (по данным МРТ (головного мозга). Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Начальная катаракта ОИ. Миопия ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, отеки стоп в вчерне время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2007 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б 100Р п/з- 22ед., п/у-6 ед., диапирид 1 мг утром. Гликемия –13,2-4,2-15,0 ммоль/л. НвАIс – 7,2 %. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает лозап 1т веч, витаприл 10 мг. Струмэктомия 1992 по поводу узлового зоба. Заместительную гормональную терапию не принимает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.01.17 Общ. ан. крови Нв –118 г/л эритр –3,8 лейк – 4,7 СОЭ – 18 мм/час

э- 0% п- 0% с- 72% л- 26 % м- 2%

17.01.17 Биохимия: СКФ –67,1 мл./мин., хол –5,5 тригл -1,17 ХСЛПВП -1,60 ХСЛПНП -3,4 Катер -2,4 мочевина –5,8 креатинин –88,0 бил общ –10,2 бил пр –2,5 тим –2,3 АСТ – 0,29 АЛТ – 0,37 ммоль/л;

17.01.17 Анализ крови на RW- отр

20.01.17 ТТГ –0,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –195,1 (0-30) МЕ/мл

17.01.17 ; К – 4,3 ; Nа – 142,4 Са – 2,07 С1 – 103,6 ммоль/л

### 17.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 5-6 в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. – на всё; эпит. перех. -много в п/зр

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

18.01.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,034

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.01 | 5,1 | 13,78 | 6,8 | 11,2 | 7,2 |
| 20.01 | 4,1 | 11,0 | 7,5 | 7,9 |  |
| 24.01 |  | 8,3 |  |  |  |
| 28.01 | 5,8 | 8,3 | 7,3 | 12,3 |  |
| 29.01 |  |  |  | 5,5 |  |

16.01.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цефалгический с-м, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Умеренная церебральная атрофия (по данным МРТ (головного мозга).

Окулист: VIS OD= 0,6сф – 2,0 д=0,8 OS=0,6сф – 0,5 д =0,8 ; ВГД OD= 23 OS=23

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Е артерии сужены, вены полнокровны, извиты, склерозированы. Салюс I. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

16.01.17ЭКГ: ЧСС - 57уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда .

18.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

17.01.17РВГ Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

16.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0 см3; лев. д. V =8,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижены. Эхоструктура крупнозернистая. С мелким фиброзом. В левой доле у переднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,94 (кольцевая структура) Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел? культи? Левой доли

Лечение: лозап, витаприл, лоспирин, диапирид, нуклео ЦМФ, розувастатин, эринорм, Хумодар Б100Р,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая снижение СКФ (63 мм/час) диапирид отменен, назначен инсулин 2р/д Хумодар Б100Р.

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- 26ед., п/уж -6 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: занидип 10 мг 1р\д, лозап 100 мг Контроль АД, ЭКГ.
8. витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в табл.,
10. УЗИ щит. железы 2р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Контроль роста узла щит. железы.ТАПБ узла левой доли. щит. железы.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В