#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 271

##### Ф.И.О: Полей Клавдия Михайловна

Год рождения: 1939

Место жительства: Запорожье ул. Чаривная 35 2

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 21.02.17 по 03.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия Ш ст. Узловой зоб 1. Узел левой доли щит. железы. Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. . Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), с-м вестибулопатии. Хр. пиелонефрит ст. обострения. Начальная катаракта ОИ

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, боли в 1п правой стопы.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2010 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-42 ед., п/у- 12ед., диаформин 500 мг 2р/д.Гликемия –7-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р\д, узловой зоб II. ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –23,1 (0-30) МЕ/мл. от 2016 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.02.17 Общ. ан. крови Нв – 113 г/л эритр –3,4 лейк –4,1 СОЭ –5 мм/час

э-0% п-0 % с- 68% л- 25% м- 7%

22.02.17 Биохимия: СКФ –42 мл./мин., хол –5,9 тригл -1,61 ХСЛПВП -1,5 ХСЛПНП – 3,7Катер -2,9 мочевина – 7,5 креатинин –116,6 бил общ –10,5 бил пр –2,5 тим –5,6 АСТ –0,59 АЛТ –045 ммоль/л;

### 22.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк – 7-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

27.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 39000 эритр -250 белок – отр

27.02.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.02 | 4,5 | 8,4 | 8,8 | 12,5 |
| 26.02 | 4,2 | 17,2 | 8,3 | 8,6 |
| 01.03 | 5,4 | 10,0 | 6,3 | 6,5 |

21.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), с-м вестибулопатии.

23.02.17Окулист: VIS OD= 0,3+1,5=0,8 OS=0,3 + 2,0 =0,6 ; ВГД OD=18 OS=26

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. По заднему полюсу экссудаты, микроаневризмы, В макулярной области рефлекс сглажен. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.0.17ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочной области? Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

22.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.02.17 Хирург на момент осмотра данных за острую хирургическую патологию нет.

22.02.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

21.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6см3; лев. д. V =5,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая , мелкий фиброз единичные гидрофильные очаги до 0,4 см. В левой доле в с/3 . изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,92\*0,63 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: эналаприл, индапрес, пентосан, диаформин, бисептол, Хумодар Б100Р, луцетам, актовегин,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. о т определения гормонов щит. железы. больная отказалась, о чем имеется запись в истории болезни.

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 К 25 100Р п/з- 42ед., п/уж - 12ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 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. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д нолипрел форте 1т 1р\д . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит. железы.
6. Бисептол 480 1т 2р/д до 10 дней. Контроль ОАМ, ОАК, затем канефрон 2т 3р\д 2 мес.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.