#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 114

##### Ф.И.О: Шемета Василина Васильевна

Год рождения: 1949

Место жительства: Энергодар ул. Курчатова 67

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 24.01.17 по 07.02.17 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 II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Эутиреоз. Хронический пиелонефрит, обострение. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН II . А ф .кл II . Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Рис 4. ДЭП II сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Начальная катаракта ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 40 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Остеоартроз коленных суставов.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 15 кг за 2 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 40ед., п/у- 30ед. Повышение АД в течение многих лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 АТ ТПО – 93,5 (0-30) МЕ/мл от 2014. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.01.17 Общ. ан. крови Нв – 130 г/л эритр –4,2 лейк –8,7 СОЭ –19 мм/час

э- 2% п- 1% с- 49% л-44 % м- 4%

25.01.17 Биохимия: СКФ –76 мл./мин., хол –5,6 тригл -2,7 ХСЛПВП -0,98 ХСЛПНП -3,4 Катер – 4,7мочевина –9,2 креатинин – 111,1 бил общ –12,2 бил пр – 3,0 тим –2,2 АСТ – 0,29 АЛТ –0,27 ммоль/л;

### 25.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –18-20 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

31.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -57000 эритр – 500 белок – 0,37

06.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

26.01.17 Суточная глюкозурия – 0,69 %; Суточная протеинурия – 0,037

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.01 | 4,3 | 9,5 | 9,5 | 13,9 |
| 26.01 |  |  |  | 7,8 |
| 01.02 | 5,7 | 8,5 | 6,8 | 10,5 |
| 04.02 | 5,6 | 6,2 | 5,9 | 6,3 |

24.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДЭП II сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

26.01.17Окулист: Начальные помутнения. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены полнокровны. В макулярной области депигментация Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

24.01.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

Осмотр доц. каф. Соловьюк А.О: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. А. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Высокая степень риска.

24.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,1см3; лев. д. V = 4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: милкардил, эринорм, витаприл, диаформин, офлоксин, Хумодар Б100Р, солкосерил, витаксон, донна, диалипон, офлоксин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. уменьшены дозы Хумодар Б100Р к лечению добавлен диаформин SR 1000 мг

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- 30ед., п/уж -20 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эринорм 50 мг утром, витаприл 10 мг утром. Контр. АД.
5. Тиогамма( диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: неогабин 75 мг 2р\д 2 нед.
7. Офлоксин 200 мг продлить до 10 дней, йогурт в таблетках. Контроль ОАМ, ОАК.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Определить ТТГ по м\ж.
9. Цефасель 1т 2р/д. курсами.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В