#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 703

##### Ф.И.О: Селина Светлана Васильевна

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Запорожье ул. Северокольцевая 24-58

Место работы: Регистр судноплавства Украины , ведуший специалист, инв Ш гр

Находился на лечении с 18.05.18. по 30.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Многоузловой зоб 0-1.Мелкие узлы обеих долей. Начальная катаракта ОИ Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Киста правой почки. ДЭП II ст смешанного генеза, вестибулоатактический с-м. Вертеброгенная люмбалгия протрузия L2-3 L3-L4 спондилолистез L4. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Неинфицированная потертость II п пр стопы. в стадии регенерации.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, дискомфорт в прекардиальной области,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил). С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 28ед., п/у-14 ед., диаформин SR 1000 мг 2р/д Гликемия –6,0-19 ммоль/л. Многоузлвоой зоб 0-1 с 2016,

ТТГ –0,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –14,0 (0-30) МЕ/мл от 06.2016 Повышение АД в течение 10 лет принимает коронал 5 мг, би-престариум 10/10 мг 1т 1р/д. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 21.05 | 137 | 4,1 | 4,4 | 20 | |  | | 1 | 1 | 66 | 30 | | 2 | | |
| 29.05 | 140 | 4,2 | 4,7 | 18 | |  | | 2 | 1 | 59 | 36 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 21.05 | 92 | 6,84 | 2,19 | 1,38 | 4,45 | | 3,9 | 4,1 | 74 | 15,6 | 3,1 | 0,85 | | 0,13 | 0,14 |

22.05.18 Глик. гемоглобин -9,1 %

21.05.18 К – 4,51 ; Nа – 140 Са++ -1,08 С1 - 106 ммоль/л

### 22.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ум- ; эпит. перех. - в п/зр

21.05.18 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.05.18 Микроальбуминурия –98,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.05 | 10,0 | 10,2 | 7,7 | 10,8 |  |
| 22.05 | 6,4 | 6,7 | 6,9 | 7,1 |  |
| 24.05 | 7,1 | 9,0 | 6,8 | 5,1 |  |

24.05.18Невропатолог: Вертеброгенная люмбалгия мышечно-тонический с-м. ДЭП II, смешанного генеза, вестибулоатактический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

30.05.18Невропатолог: Вертеброгенная люмбалгия протрузия L2-3 L3-L4 спондилолистез L4.

23.05.18 Окулист: VIS OD= 0,1 н/к OS= 0,2сф+ 0,5=0,2 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, множественные сливные друзы, микроаневризмы. Точечные геморрагии. В макуле пастозность. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ.

24.05.18 На р-гр т/бедреных суставов без костно-деструктивных изменений.

24.05.18 На р-гр ПОП признаки субхондрального снижение высоты межпозвонковых дисков. ротация тел L1,2,3,4. На р-гр копчика – девиация копчиковых позвонков кнаружи

25.05.18 р-гр пр стопы в 2х проекция без костно-деструктивных изменений

18.05.18ЭКГ: ЧСС 75- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый,. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

21.05.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0.

21.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

23.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Неинфицированная потертость II п пр стопы. в стадии регенерации.

24.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Затруднение венозного оттока справа.

23.05.18 Холтеровское мониторирование ЭКГ: За период мониторирования ЭКГ у пациента регистрируется синусовый ритм на всем протяжении записи. ЧСС – 87/мин, ЧСС сред- 74/мин (. Зафиксирована 1 суправентрикулярная экстрасистола и 7304 вентрикулярных монотопных экстрасистол с эпизодами би, три-, квадригеминий. Ишемический изменений сегмента ST , патол. пауз в сокращения не наблюдалось

23.05.18 Нефролог: ХБП II диаб. нефропатия артериальная гипертензия. Киста правой почки.

25.05.18 МРТ: МРТ картина дегенеративно дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника. Прогрузи позвоночных дисков L2-L3, L3-L3, пролапс межпозвонкового диска L4-L5 на фоне относительного дегенеративного стеноза позвоночного канала на уровне L4-S1, и спондилолитиаза L4 1 ст, сколиоз 1 ст

28.05.18Дупл сканирование БЦА: прилагается. .

25.05.18 МРТ головного мозга: МРТ картина дисциркуляторной энцефалопатии 1, мелкой лакунарной кисты таламуса слева.

18.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,5 см3; лев. д. V = 4,0см3

Перешеек – 0,27см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура, крупнозернистая, однородная, В пр доле у переднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,6\*0,47 см. В перешейке гидрофильный узел 0,56\*0,37 см. .. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Мелкие узлы обеих долей.

Лечение: Инсуман Базал, бисопролол, эналаприл, тиолипон, амлодипин, вазопро, тивортин, витаксон, кораксан, би-престариум, глюкофаж,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Неинфицированная потёртость II п. пр. стопы в стадии регенерации. Данных за гнойное воспаление нет.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал (пенф) п/з- 28-30ед., п/уж -14-16 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: эналаприл 10 мг 2р/д, амлодипин 5-10 мг 1р/д, бисопролол 5 мг 1р/д
5. Рек нефролога: диета с ограничением соли , адекватная противогипертнезивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или АРА II
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р/д 1 мес, нейрокабал 1т 2р/д 1 мес, келтикан 1т 3р/д 1 мес, массаж ПОП, корсетирование при физ нагрузках, аркоксия 90 мг 1р/д 7 дней. УЗД МАГ через 1 мес
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. (взят анализ крови на ТТГ, АТТПО, по техническим причинам результат будет готов 01.06.18). Повторный осмотр эндокринолога с результатом.
9. Рек. хирурга: продолжить обработку II п. пр. стопы с Н2О, повязка с бетадином 5-7 дней, солкосериловый гель до полного заживления.
10. Рек окулиста: дообследование ФАГ, ОСТ на ОИ.
11. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
12. Б/л серия. АДЛ № 177530 с 18.05.18. по 30.05.18 к труду 31.05.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.