#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1384

##### Ф.И.О: Стернейчук Клавдия Павловна

Год рождения: 1947

Место жительства: г. Запорожье, ул. Космическая 99 -47

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 06.11.14 по 21.11.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2,средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ишемия IV. Трофическая язва правой пяточной области. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыделительных путей. Узловой зоб 1 ст. Узел левой доли. Гипотиреоз, впервые выявленный. ГБ Шст АГ Ш ст, очень высокий риск. ИБС, постинфарктный кардиосклероз СН1 ф.кл II. Отдаленные последствия перенесенной нейроинфекции (1980) клещевой стволовой энцефалит) с поражением стволовых структур головного мозга, ядерного поражения нервов OS ( Ш, IV пара). С-м наружной и внутренней офтальмопатии слева. ДЭП II, малый мозговой ишемический инсульт (2012) с обратимым неврологическим дефицитом. Вестибуло-атактический с-м. С-м когнитивное снижение. Заболевание левой мол. железы. Ожирение I ст. (ИМТ31,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, колющие боли в сердце, приступы сердцебиений, вздутие живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания соблюдала диету около 5 лет. Ранее принимала Сиофор, Диабетон MR. Последние 3 года принимает глибомет 1т 2р\д. Гликемия –11,0-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. лет. Повышение АД в течение 10 лет. Готовится к оперативному вмешательству по поводу заболевания мол. железы, в связи с гипергликемией госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ.

Данные лабораторных исследований.

07.11.14 Общ. ан. крови Нв –121 г/л эритр – 3,8 лейк – 5,9 СОЭ –16 мм/час

э- 3% п-0% с-58% л- 35% м- 4%

07.11.14 Биохимия: СКФ –57,40 мл./мин., хол –4,27 тригл -2,37 ХСЛПВП -0,76 ХСЛПНП -2,43 Катер -4,6 мочевина –6,3 креатинин –94,8 бил общ –14,8 бил пр – 3,7 тим –1,1 АСТ – 0,58 АЛТ –0,45 ммоль/л;

07.11.14 Анализ крови на RW- отр

07.11.14ТТГ – 30,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 24,0(0-30) МЕ/мл

### 07.11.14 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – на 1/3 в п/зр белок – 0,029 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

11.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 13500 эритр 2500 белок – отр

18.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 131000эритр - 2500 белок – отр

14.11.14 Суточная глюкозурия – 0,51%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.11.14 Микроальбуминурия –112,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.11 | 8,9 | 11,8 | 9,7 | 6,2 |  |
| 08.11 |  | 17,4 |  |  |  |
| 09.11 | 9,9 | 11,9 | 11,2 | 9,1 |  |
| 10.11 | 9,4 | 12,0 |  |  |  |
| 11.11 | 10,0 | 10,2 | 11,8 | 6,2 | 9,7 |
| 17.11 | 9,4 | 13,2 | 12,5 | 14,5 |  |
| 17.11 | 8,0 | 12,2 | 10,5 | 11,0 |  |
| 18.11 | 9,0 | 12,8 | 12,3 | 12,5 |  |
| 19.11 |  | 8,1 |  |  |  |
| 20.11 | 8,6 | 10,6 | 9,2 | 9,4 | 9,6 |
| 21.11 | 7,1 |  |  |  |  |

17.11.14Невропатолог: отдаленные последствия перенесенной нейроинфекции (1980) клещевой стволовой энцефалит) с поражением стволовых структур головного мозга, ядерного поражения нервов OS ( Ш, IV пара). С-м наружной и внутренней офтальмопатии слева. ДЭП II, малый мозговой ишемический инсульт (2012) с обратимым неврологическим дефицитом. Вестибуло-атактический с-м, когнитивное снижение. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к.

11.11.14Окулист: Осмотр в палате

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

14.11.14ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

06.11.14 Кардиолог: ГБ Шст АГ Ш ст, очень высокий риск ( состояние после перенесенного инсульта 2012). ИБС, постинфарктный кардиосклероз СН1 ф.кл II.

20.11.14ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

13.11.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ишемия IV.

06.11.14 ФГ № 82383 : возрастные изменения.

06.11.14 гинеколог: Здорова.

10.11.14Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Трофическая язва пяточной области.

06.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,8 см3; лев. д. V = 5,8 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. В лев. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,76\*0,67 см. с крупными кальцинатами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: глибомет, престариум, кардиомагнил, L-тироксин, норфлоксацин, эналаприл, бисопролол, Актрапид НМ, перевязки трофической язвы.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, трофическая язва пр. пяточной области сухая, чистая, без заживления. АД 130/80-140-90 мм рт. ст. Исчезла тахикардия.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия на период оперативного лечения: Актрапид НМ п/з-26-28 ед., п/о- 18-20ед., п/уж – 16-18ед., 22.00 4-5 ед. После выписке из ООД повторная госпитализация в энд отделение для подбора инсулинотерапии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Эналаприл 10 мг 2р\д, бисопролол 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Рек. невропатолога: лира 500 в/м № 10, глиятон 1000 мг в/м № 10. (согласовать с онкологом)
8. L-тироксин (эутирокс) 100 мкг утром. Контр ТТГ через 1 -2 мес, для коррекции дозы заместительной терапии. УЗИ щит. железы ч/з 6 мес для определения дальнейшей тактики лечения узла.
9. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
10. Продолжить перевязки трофической язвы с диоксизолем, наблюдение хирурга по м/ж.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.