#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1067

##### Ф.И.О: Полевая Людмила Ивановна

Год рождения: 1954

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи ул. Правды, пер Железный, пенсионер

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.07.17 по 07.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст, Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОД. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щит. железы, эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. Ф .кл II .Гипертоническая болезнь II ст 2 степени. Гипертензивное сердце риск 4. Энцефалопатия 1 сочетанного генеза, (диабетическая, сосудистая) цефалгический с-м ДДПП ПОП, протрузия L2-L3 L3-L4, L4-L5 нестабильность L4-L5 вертеброгенная люмбалгия в ст. ремиссии. Незрелая катаракта OS

Жалобы при поступлении на общую слабость, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за 6 мес, повышение АД до 160/100 мм рт ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. Постоянно принимает ССТ, в последнее время метамин 1000мг 2р/д, диабетон MR. 90 мг утром. АИТ без нарушения функции выявлен в 2007 АТПТО – 115,8 АТТГ – 318, ТТГ – 0,7 ( 2012), Комы отрицает. НвАIс – 8,2 % от .7.2017 Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает триплексан – 10/5 2,5 .Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 27.07 | 126 | 3,8 | 7,4 | 37 | 1 | 2 | 65 | 28 | 4 |
| 01.08.17 |  |  |  | 39 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.07 | 81,3 | 3,9 | 1,67 | 1,45 | 1,69 | 1,7 | 3,2 | 87 | 15,1 | 3,5 | 1,4 | 0,51 | 0,53 |

28.07.17 ТТГ – 6,3 (0,3-4,0) Мме/мл

27.07.07.17 К – 3,97 ; Nа –139 Са - 1,12 Са++ - 103С1 - 103 ммоль/л

03.08.17 Проба Реберга: креатинин крови-97 мкмоль/л; креатинин мочи- 7800 мкмоль/л; КФ-152,6 мл/мин; КР- 98,6%

### 27.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -много в п/зр

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

27.07.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 28.07.17 Микроальбуминурия –45,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.07 | 6,4 | 9,0 | 7,9 | 6,8 |
| 29.07 | 5,6 | 5,0 | 7,8 | 7,0 |
| 02.08 | 6,0 | 5,1 | 4,7 | 5,7 |

02.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия, сенсомоторная форма. Энцефалопатия 1 сочтеанного генеза, (диабетическая, сосудистая)) цефалгический с-м) ДДПП ПОП, протрузия l2-L3 L3-L4? L4-L5 нестабильность L4-L5 вертеброгенная люмбалгия в ст. ремиссии. Рек: ЛФК, актовегин 5,0 в/в келтикан 1т 1р/д, аторвастатин 20 мг 1р/д,

31.07.17 Окулист: VIS OD=0,4 н/к OS=0,4 ОД артифакия. OS – в хрусталике – негомогенное помутнение, Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Сосуды извиты ,склерозированы, С-м Салюс 1- II ст. множественные микроаневризмы. Твердые экссудаты, множественные следы от ЛК. Д-з: препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОД.

26.07.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

31.07.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз Сн II А. Ф .кл II . гипертоническая болезнь II ст 2 степени. Гипертензивное сердце риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д аспирин кардио 100 мг 1р\д . небивал 1,25 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

26.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Варикозная болезнь н/к. варикозное расширение поверхностных вен голени 1- II ст с 2х сторон, лимфостаз н/к.

26.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,4 см3; лев. д. V = 4,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом и расширенными фолликулами до 0, 3см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диабетон MR, пирацетам, магникор, тиогамма, индапрес, аторвакор, метамин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

У больной затруднен венозный доступ, препараты а-липоевой (тиоктовой) кислоты принимала в таблетках (тиогамма 600 мг)

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 90 мг

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) с контролем липидограммы.
3. Гипотензивная терапия: бисопролол 5-1010 мг, индапрес (индап) 2,5 мг утром. Контр. АД.
4. Продлить прием Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 3 мес с повторной конс. эндокринолога.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.