#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 458

##### Ф.И.О: Андреева Татьяна Федосеевна

Год рождения: 1939

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Мира 107

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 27.03.17 по 06.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Полинодозный зуб 1 ст, узлы левой доли щит. железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. Ш. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. ДЭП 1- II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертензивная), с-м вестибулопатии, астенический с-м. Артифакия ОД. Почти зрелая катаракта OS. Птеригиум 1 ст OS. Хронический пиелонефрит в ст обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2008 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию Хумодар Б100Р. В 2009 переведена на Левемир. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з 9ед, Левемир п/з 32 ед Гликемия –9 ммоль/л. НвАIс -8,4 % от 09.03.17 . Последнее стац. лечение в 2011г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает хипотел 80 мг, Узловой зоб выявлен в 2008, АТТПО – 1552 (0-30 МЕ/мл от 2010. ТАПБ в 2012 – узловой зоб с очаговой аденоматозной гиперплазией клеток фолликулярного эпителия в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.03.17 Общ. ан. крови Нв –123 г/л эритр –3,6 лейк –4,8 СОЭ –13 мм/час

э-0 % п- 2% с- 64% л- 30 % м- 4%

28.03.17 Биохимия: СКФ –55,3 мл./мин., хол – 5,9тригл – 0,95ХСЛПВП – 1,69ХСЛПНП -3,8 Катер -2,5 мочевина –8,2 креатинин – 96,8 бил общ –12,5 бил пр –3,1 тим – 3,8 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,25 ммоль/л;

28.03.17 Анализ крови на RW- отр

28.03.17 ТТГ – 3,8 (0,3-4,0) Мме/мл

### 28.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 101 лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед эпит. перех. - в п/зр

31.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 150000эритр -500 белок – отр

29.03.17 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.03.17 Микроальбуминурия –30 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.03 |  | 3,3 |  |  |
| 29.03 | 7,5 | 5,2 | 5,5 | 13,6 |
| 31.03 | 6,5 | 9,2 | 5,3 | 11,2 |
| 02.04 | 7,3 | 13,1 | 12,3 | 11,6 |
| 04.04 2.00-5,6 | 3,6 | 7,5 | 5,8 | 4,1 |

27.03.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. ДЭП 1- II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертензивная), с-м вестибулопатии, астенический с-м.

30.03.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,06 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены полнокровны, ангиосклероз. Д-з: Артифакия ОД. Почти зрелая катаракта OS. Птеригиум 1 ст OS.

27.03.17 ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. вольтаж снижен, ритм синусовый эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда

27.03.17 Рек хирурга: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.03.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. Ш. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

27.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,2 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, с мелким фиброзом .В левой доли изоэхогенный узлы в/3 0,66 см. в с/3 1,13\*0,9см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 ст. Диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доли.

Лечение: Левемир, Актрапид НМ, флуконазол, луцетам, трифас, эналаприл, предуктал MR, кардиомагнил, диаформин, офлоксин, диалипон, кокарнит, бисопролол,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/90 мм рт. ст. Актрапид НМ отменен в связи с гипогликемическими состояниями.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Левемир п/з-30-32 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек невропатолога МРТ ПОП
7. Рек кардиолога: бисопролол 10 мг /сут, трифас 1т /сут, эналаприл 10 мг /сут, предуктал MR 1т 2р/д, розарт 10 мг, кардиомагнил 75 мг. Контроль АД, ЧСС в динамике.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Рек. окулиста: оперативное лечение ФЭК + ИОЛ на OS. в плановом порядке
10. Офлоксин 400 2р/д , флуконазол 50 мг до 10 дней. Повторить ОАК, ОАМ.
11. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В