#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 736

##### Ф.И.О: Килевая Лариса Владимировна

Год рождения: 1968

Место жительства: г. Запорожье ул, Юности 26г/67

Место работы: н/р ЧАЭС кат II сер А № 233114, инв Ш гр

Находился на лечении с 17 .05.17 по 30 .05.17 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), хроническое течение Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП 1 диабетическая нефропатия IV. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз средней тяжести медикаментозная ст. субкомпенсации. Ожирение Шст. (ИМТ 40,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ДДПП на шейном, грудном, поясничном уровне, протрузия С4-С5, Т3-Т4, Т5-Т6, Т6-Т7, болевой, мышечно-тонический с-м. ДЭП 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Симптоматическая артериальная гипертензия Ш ст. варикозная болезнь н/к. ХВН в ст субкомпенсации, СПО флебэктоия. Термический ожог 2ст. Левой н/к в области колена.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, жжение, боли в пояснице, сухость кожи, общую слабость, быструю утомляемость, резкое снижение эмоционального фона, повышение АД до 220/120, прибавка массы тела до 10кг за год.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП . С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 30ед., п/у- 20ед., Фармасулин Н п/з 12 ед, п/у 10 ед. Гликемия –9,0-13,0 ммоль/л. НвАIс – 11,6 % от 15.05.17. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ, гипотиреоз с 2012.; АТ ТПО – 266,7(0-30) МЕ/мл от 01.12.15. Принимает эутирокс 150 мкг\сут. ТТГ от 15.05.17 – 2,53 (0,4-4,0)МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 18.05 | 122 | 3,7 | 4,0 | 45 | 2 | 3 | 73 | 20 | 2 |
| 23.05 | 116 | 3,5 | 6,7 | 45 | 1 | 1 | 66 | 29 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.05 | 123,8 | 4,3 | 1,45 | 1,28 | 2,4 | 2,3 | 4,4 | 91,3 | 10,0 | 2,5 | 3,7 | 0,34 | 0,52 |

19.05.17 Са - 2,29

### 18.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,521 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

23.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 1,127

19.05.17 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – 0,861

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.05 | 8,9 | 10,1 | 7,4 | 6,4 |
| 23.05 | 8,1 | 8,2 | 10,8 | 7,9 |

17.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение ДДПП на шейном, грудном, поясничном уровне, протрузия С4-С5, Т3-Т4, Т5-Т6, Т6-Т7, болевой ,мышечно-тонический с-м. ДЭП 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

2016Окулист: Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

17.05.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

19.05.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия Ш ст.

23.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. варикозная болезнь н/к. ХВН в ст субкоменсации СПО флебэктоия.

23.05.17Хирург: Термический ожог 2ст. Левой н/к в области колена. Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст .

18.05.17 РВГ: объемное пульсовое наполнение артерий пр. н/к несколько повышено. Тонус крупных артерий н/к умеренно повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра левой н/к незначительно снижен. Периферическое сопротивление н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов.

18.05.17Допплерография: Определение ЛПИ противопоказано из-за наличия у больной ВРВ н/к.

24.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 1,1 см3; лев. д. V =1,8 см3

Щит. железа меньше нормы контуры неровны. Эхогенность паренхимы снижена. Местами значительно. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: гипоплазия щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эутирокс, Фармасулин Н, Фармасулин НNP, бисопролол, корвалол, индапрес, пирацетам, витаксон, диалипон, нускамед, сертафен, диаформин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 30-32ед., п/уж -20-22 ед., Фармасулин Н п/з 12-14 п/у 10-12 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек кардиолога: хипотел 40-80 мг 1р\д под контролем АД
4. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Эутирокс 150 мкг утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Осмотр окулиста по м\ж
8. Рек хирурга: обработка бетадином, повязка с бетадином, офлокаин на рану.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.