#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 144

##### Ф.И.О: Булгакова Татьяна Владимировна

Год рождения: 1970

Место жительства: Веселовский р-н, с. Матвеевка ул. Октябрьская 31

Место работы:

Находился на лечении с 30.01.17 по 31.01.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетонурия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ 37,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Комы отрицает. С начала заболевания коротким курсом ССП . С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 34ед., п/у-26 ед., глюкофаж 1000 2р/д. Гликемия –10-17 ммоль/л. НвАIс – 9,5 % от 11.2016. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 2 лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

### 31.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1031 лейк 24-26 в п/зр белок – отр ацетон –2++; грибки +.

30.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

30.01.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

30.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,7 см3; лев. д. V = 8,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, глюкофаж,

Состояние больного при выписке: 31.01.17 в 7.00 пациентка самостоятельно уехала из ОКЭД, в телефонном режиме лечащем врачом уточнена необходимость покинуть отделение в связи с семейными обстоятельствами.

Рекомендовано:

1. Повторная госпитализация в ОКЭД для коррекции инсулинотерапии, лечение хр. осложнений.
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 34-36ед., п/уж - 26ед.,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап № 10., витаксон 2, 0в/м № 10 , тиворин в/в кап № 10
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Учитывая кетонурию: атоксил 1п 3р/д 3-4 дня, щелочное питье ( минеральная вода «Поляна Квасова») Контроль кетоновых тел мочи в динамике. Повторная госпитализация в ОКЭД для проведения дезинтоксикационнной, регидратационной терапии, учитывая кетонурию.
10. Определить ан. мочи по Нечипоренко, при показаниях к лечению добавить а/бактериальные препараты.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.