#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 294

##### Ф.И.О: Галка Елена Михайловна

Год рождения: 1946

Место жительства: Васильевский р-н, пгт Степногорск ул. Сухоивановская 1

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 24.02.17 по 13.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. ХПН, программный гемодиализ (с 2016). Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние. Симптоматическая артериальная гипертензия. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Хронический пиелонефрит в ст. обострение. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз СН II а. .ф кл II

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1987г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 12ед., п/у-8 ед., Гликемия –10-15 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

27.02.17 Общ. ан. крови Нв –127 г/л эритр –3,7 лейк –3,7 СОЭ –26 мм/час

э- 1% п- 0% с- 75% л- 17 % м- 7%

09.03.17 Общ. ан. крови Нв –104 г/л эритр –3,1 лейк –6,7 СОЭ –53 мм/час

э- 2% п- 1% с- 58% л- 30 % м- 9%

03.02.17 Биохимия: СКФ –7,86 мл./мин., хол –5,6 тригл -1,55 ХСЛПВП 1,29- ХСЛПНП 3,6 Катер -3,3 мочевина –16,8 креатинин – 579,7 бил общ – 9,8бил пр – 2,3 тим – 0,54АСТ – 0,13 АЛТ – 0,14 ммоль/л;

27.02.17 Анализ крови на RW- отр

03.03.17ТТГ –0,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –1,4 (0-30) МЕ/мл

28.02.17 К – 5,1; Nа – 140,9 Са++ - 1,05С1 - 96 ммоль/л

### 28.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –16-18 в п/зр белок – 0,20 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ум в п/зр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.02 | 5,1 | 3,5 |  |  |  |
| 26.02 | 13,5 | 6,3 | 9,5 | 10,1 |  |
| 01.03 | 3,8 | 11,3 | 13,3 | 11,7 | 13,9 |
| 07.03 |  | 1,9 |  | 14,9 |  |
| 08.03 | 8,0 | 4,3 | 11,7 | 14,2 |  |
| 09.03 |  |  |  | 16,7 | 13,4 |
| 10.03 | 5,5 | 4,4 | 4,9 | 5,9 |  |
| 12.03 | 6,8 | 6,8 | 8,7 | 8,4 |  |

13.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м

24.02.17 ЭКГ: ЧСС 80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

10.03.17 осмотр доц. Соловьюк А.О: СД, тип 2. Вторичноинсулинзависимый, Симптоматическая артериальная гипертензия. Хронический пиелонефрит в ст. обострение. Анемия. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз СН II а. .ф кл II

02.03.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к..

24.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,6см3; лев. д. V = 10,0см3

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

Лечение: Генсулин Р, Хумодар Б100Р, азомекс, анальгин, Хумодар Р100Р, диалипон,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: В дни без диализа схема инсулинотерапии следующая: Генсулин Р п/з 8 ед, п/о 8 ед, Хумодар Б100Р ( Генсулин Н) п/у – 10 ед,

В дни диализа Генсулин Р п/з не вводить. Хумодар Б100Р (Генсулин Н) п/у – 10 ед.

1. Азомекс 1т веч. Контроль АД. ЭКГ.
2. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В