#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 439

##### Ф.И.О: Халява Ольга Васильевна

Год рождения: 1956

Место жительства: Розовский р-н, с. Луганское ул. Маяковского 110

Прописана: Луганская обл. г. Первомайское ул. Островского 3- 136

Место работы: инв Ш р

Находился на лечении с 23.03.17 по 03.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. (NSS 5, NDS 5), хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение Ш ст. (ИМТ 42 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Возрастная макулодистрофия ОД. САГ II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, цефалгический с-м, ЖКБ хронический калькулезный холецистит вне обострения. Хронический пиелонефрит, латентная форма, обострение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за 3 мес , ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/110 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2007 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Протафан НМ п/з 20 ед, п/у 20 ед. В анамнезе плохая переносимость метформина. Гликемия –10-21 ммоль/л. НвАIс - 10,6% от 2016. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает липразид, лоспирин, бисопролол. Гипотиреоз с 2002, принимает L-тироксин 125 мкг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.03.17 Общ. ан. крови Нв –160 г/л эритр – 4,7 лейк – 6,7 СОЭ –36 мм/час

э- 0% п- 1% с- 77% л- 22 % м-1 %

24.03.17 Биохимия: СКФ –89,2 мл./мин., хол –5,4 тригл -2,14 ХСЛПВП -1,14 ХСЛПНП -1,13 Катер -3,8 мочевина –7,7 креатинин –97,9 бил общ –11,8 бил пр –2,9 тим – 9,8 АСТ – 0,18 АЛТ –0,54 ммоль/л;

28.03.17ТТГ –3,8 (0,3-4,0) Мме/мл

24.03.17 К – 4,92 ; Nа –143,2 Са - 2,16 Са++ - 1,17С1 - 100 ммоль/л

### 24.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

28.03.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 28000 эритр - белок – отр

03.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4500 эритр - белок – отр

27.03.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 30.03.17 Микроальбуминурия –15,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.03 | 12,5 | 14,9 | 9,6 | 11,1 |  |
| 26.03 | 8,3 | 13,6 | 13,7 | 7,2 | 5,1 |
| 29.03 | 5,4 | 10,0 | 10,0 | 10,7 |  |
| 29.03 |  |  |  |  | 8,2 |
| 02.04 | 4,5 | 5,7 | 7,2 | 8,0 | 2,6 |

23.03.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ,цефалгический с-м, диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. (NSS 5, NDS 5), хроническое течение.

30.03.17 Окулист: VIS OD= 0,1 OS= 1,0

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, склерозированы. Салюс II. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Возрастная макулодистрофия ОД.

23.08.17ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена .

27.03.17 Кардиолог: САГ II ст.

25.03.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

обеих сторон. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst III ст. с обеих сторон.

03.04.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст; конкрементов в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, фиброзной тяжистости в проекции послеоперационного рубца

23.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =2,3 см3; лев. д. V = 1,6 см3

Размеры железы меньше нормы, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналаприл, офлоксацин, хемопамид, Актрапид НМ, Протафан НМ, диаформин, L-тироксин, бисопролол, лоспирин, эспа-липон, мильгамма, тивортин, диалипон,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, переведена на двукратное введение инсулинов, уменьшились боли в н/к, гипогликемических состояний 02.04.17 не отмечает, связывает с недостаточном приемом пищи. Проведена беседа, уменьшена доза инсулина АД 130/80 мм рт. ст. Уменьшилась лейкоцитурия.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-14-16 ед., п/уж -12-14 ед., Протафан НМ п/з-28-30 ед., п/уж – 22-24ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: хипотел 40 мг1р\д под контролем АД. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 10 мг утром, индапамид 1,5 мг утром. Контр. АД.
6. Диалипон (эспа-липон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
7. L-тироксин (эутирокс) 125 мкг утром натощак. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек хирурга: оперативное лечение (лапароскопческая холецистэктопия в плановом порядке).
9. Офлоксацин 400 мг 1т2р\д до 10 дней, флуконазол 50 мг 1т 1р/ддо 10 дней. контроль ан. мочи, ОАК.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В