#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 435

##### Ф.И.О: Билоус Любовь Антоновна

Год рождения: 1963

Место жительства: Ореховский р-н. с. Новополтавка у л Чапаева 102

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 26.03.18 по 05.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 42кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. П/инфарктный кардиосклероз ( без даты) СН II а. ф. кл Ш. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, церебрастенический с-м Вертеброгенная люмбалгия в стадии нестойкой ремиссии. Хронический пиелонефрит в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г ранее принимала диаглизид, диаформин. Инсулин назначен в 2016 – Хумодар Б100Р, В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-40 ед., п/у- 34ед., диаформин 850 мг 2р/д. Гликемия –14,2 ммоль/л. НвАIс – 14,5 % от 03.2018 . Повышение АД в течение 40лет. Из гипотензивных принимает эналазид 25 мг ½ т. Лечилась в кард. отд ЗОКБ с 05.03.18 – 14.03.18 (ИБС, стенокардия напряжения, п/инфарктный кардиосклероз ( без даты) СН II А. Гипертоническая болезнь III ст) Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 27.03 | 173 | 5,1 | 10 | 21 | 2 | 2 | 53 | 40 | 3 |
| 03.04 |  |  |  | 32 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.03 | 89 | 6,73 | 3,7 | 1,15 | 3,88 | 4,9 | 5,7 | 90 | 10,4 | 2,4 | 3,7 | 0,14 | 0,3 |

20.03.18 ТТГ – 3,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –870,5 (0-30) МЕ/мл

27.03.18 К – 4,86 ; Nа –138 Са++ -1,1 С1 -101 ммоль/л

### 27.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –20-21 в п/зр белок – 0,034 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

03.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 131250 эритр -1000 белок – 0,047

03.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

27.03.18 Суточная глюкозурия – 2,7%; Суточная протеинурия – 0,040 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.03 |  | 16,2 | 10,9 | 14,5 |  |
| 27.03 | 14,5 |  |  |  |  |
| 29.03 | 13,4 | 14,7 | 12,0 | 9,0 |  |
| 30.03 |  | 11,1 | 11.,8 |  |  |
| 31.03 | 10,0 | 13,6 | 9,5 | 9,2 |  |
| 01.04 | 10,4 | 15,3 | 13,1 | 11,6 |  |
| 03.04 | 8,2 | 9,0 | 7,8 | 8,4 |  |

28.03.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, церебрастенический с-м Вертеброгенная люмбалгия в стадии нестойкой ремиссии Рек: неогабин 75мг 2р/д, сермион 30 мг 1р/д 1 мес, актовегин 10,0 в/в.

26.03.18ЭКГ: ЧСС -120 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

04.03.18ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

27.03.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

27.03.18РВГ: Нарушение кровообращения справа II ст, слева 1- II ст

26.03УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,0 см3; лев. д. V = 3,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная, Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, диаформин, актовегин, армадин, тридуктан, эналазид, аспири нкардио, кливас, норфлоксацин, флуконазол,

Состояние больного при выписке: Уровень гликемии достигнут целевых значений АД 130/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 14ед., п/уж -12 ед., Хумодар Б100Р п/з 50 ед, п/у 40 ед,
5. Диаформин 1000 мг 2р/д
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч длительно с контр . липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: эналазид 25 мг ½ т утром эплепрес 25 мг утром аспирин кардио 100 мг веч. тридукн 1т 2р/д длительно Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Канефрон 2т 3р/д 1-2 мес контроль ОАК, ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.