#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1016

##### Ф.И.О: Каракай Людмила Петровна

Год рождения: 1952

Место жительства: Г-польский р-н, Г-Поле ул. Набережная 150

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 01.08.18 по  03 .08.18 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). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1ст. Гипотиреоз, средней тяжести, впервые выявлений. Ожирение Ш ст. (ИМТ 41кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП 1- II сочетанного генеза , церебрастенический с-м. ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф. кл. диффузный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляции предсердий СН II А, ф. кл Ш. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Вертеброгенная люмбалгия слева, ремитирующее течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, выраженные боли в прекардиальной области, чувство нехватки воздуха, отдышка при минимальной физ нагрузки , отеки н/к, ухудшение зрения

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2015 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 30ед., п/у-20 ед., Гликемия –8-16 ммоль/л. АИТ, Эутиреоз с 2016. Длительное время страдает ГБ, ИБС, персистирующей формой фибрилляции предсердий. С 23.03.18-03.04.18 стац лечение в кардиол. отд ЗОКД (выписной эпикриз № 5612 прилагается). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 02.08 | 130 | 4,18 | 9,7 | 25 | |  | | 2 | 1 | 73 | 20 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 02.08 | 52,8 | 8,0 | 2,13 | 1,45 | 5,57 | | 4,5 | 6,9 | 124 | 21 | 4,4 | 3,1 | | 0,21 | 0,35 |

03.08.18 Глик. гемоглобин -9,4 %

02.08.18 ТТГ – 22,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 754,0 (0-30) МЕ/мл

02.08.18 К –4,79 ; Nа – 134 Са++ -1,18 С1 - 100 ммоль/л

### 02.08.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

03.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

03.08.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 03.08.18 Микроальбуминурия – взята в работе

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 01.08 |  |  |  | 10,8 | 11,5 |
| 02.08 | 9,0 | 9,0 | 12,3 | 14,0 |  |

02.08.18 Невропатолог: ДЭП 1- II сочтенного генеза , церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Вертеброгенная люмбалгия слева, ремитирующее течение.

02.08.18 Окулист:.Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены Вены неравномерно сужены ,с-м Салюс 1-2, микроаневризмы, друзы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ.

01.08.18 ЭКГ: ЧСС -50 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена. Изменения миокарда всех отделов сердца, вероятно дистрофического характера. («-» з Т. V1-6)

02.08.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Изменения миокарда перегородочноверхушечнобоковой области. ( слабо «-» з Т. V1-5)

03.08.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена «-« отр в Т V1-6 сохраняется.

01.08.18,.02.08.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф. кл. диффузный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляции предсердий СН II А, ф. кл Ш. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

26.07.18 ФГ ОГК( из направления амб карты) № 7708: расширение средостения вправо, динамически стабильна.

03.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

01.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 15,0 см3; лев. д. V =11,0 см3

Перешеек –0,85 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: предуктал MR. Асафен, клопидогрель, вазилип, бисопролол, эплепрес, Инсуман Базал, трифас, моносан, витаксон, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняются выраженные боли в прекардиальной области, отдышка при минимальной физ нагрузке, отеки н/к, АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин. Осмотрена кардиологом, рекомендован перевод в отд . кардиологии КУ «ЗОКБ» ЗОС( согласовано на 03.08.18 кардиологом).

Рекомендовано:

1. Перевод в отд. кардиологии КУ «ЗОКБ» ЗОС.
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, невропатолога по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
5. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 30-34ед. п/уж -20-24 ед.,
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д клопидогрель 75 мг 1р/д, аторвастатин 40 мг 1т 1р/д, бисопролол 2,5 мг утром, эплепрес 50 мг 1р/д, трифас 10 мг 2 р/д эфокс 50 мг 1р/д .
10. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг/сут, нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес, актовегин 1т 3р/д, при усилении болевог ос-ма аркоксия 90 мг В плановом порядке МРТ ПОП.
11. L-тироксин (эутирокс) 12,5 мкг утром натощак за 30 мин до еды 2 нед, затем 25 мкг /сут. Контроль ТТГ в динамике через 1-2 мес с послед. коррекцией дозы при необходимости эндокринологом по м/ж.
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. после достижения компенсации гипотиреоза.
13. Рек хирурга: наблюдение невролога, сосдистого хирурга, кардиолога, неогабин 150 мг 2 мес мидокалм 150 мг 2р/д ( при боли в стпине) – по согласованию с кардиологом.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.