#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 377

##### Ф.И.О: Гончаренко Валентина Леонидовна

Год рождения: 1947

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки ул, Мира 117-3

Место работы: пенсионер , инв Ш гр уд ИВ сер Б № 489674

Находился на лечении с 14.03.18 по 20.03.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия -IV ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. ДЭП 1-2 смешанного генеза, церебрастенический с-м, цефалический с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Патология эндометрия в менопаузе. Сг? Сенильный кольпит .

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, общую слабость, быструю утомляемость, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение,.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2007 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-52 ед., диаформин 850 мг 2р/д. При выписке из ОКЭД в 2015 рекомендовано введение Хумодар К 25 100Р п/з 50-52 ед, п/у 22-24 ед. (вечернюю дозу инсулина пациентка самостоятельно отменила). Гликемия –10-12 ммоль/л. . Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте 1т 1р/д, клофилин при повышение АД. В 2015 впервые выявлено нарушение менопаузы, патология эндометрия Сг? Со слов больной консультирована онкологом в 2015, рекомендовано «Д» наблюдение ( мед. документации не предоставлено). АИТ с 2014 ТТГ – 1,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 109,3(0-30) МЕ/мл от 2015 . Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | Тр | э | п | с | л | м |
| 15.03 | 136 | 4,42 | 5,6 | 23 | 223 | 1 | 1 | 56 | 39 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.03 | 62 | 7,74 | 2,96 | 1,1 | 5,27 | 6,0 | 5,4 | 92 | 10,4 | 2,5 | 2,3 | 0,21 | 0,34 |

16.03.18 ТТГ – 2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

15.03.03.18 К –4,43 ; Nа – 144 Са++ 1,19- С1 - 97 ммоль/л

15.03.18 Тропонин – отр

### 15..03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк –3-5 в п/зр белок – 0,109 ацетон –1+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

16.0.318 ацетон – отр

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

16.03.18 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – 0,150

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.03 |  |  | 11,4 | 15,8 |  |
| 15.03 | 12,8 | 13,1 | 12,6 | 13,5 |  |
| 16.03 | 11,1 | 8,5 | 9,2 | 9,3 |  |
| 17.03 | 5,9 | 9,1 |  | 5,4 | 4,8 |
| 18.03 | 7,2 | 6,4 | 6,5 | 8,2 |  |

15.03.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). ДЭП 1-2 смешанного генеза, церебрастенический с-м, цефалический с-м.

19.03.18 Окулист: Незначительные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды узкие, извиты, выраженный склерозирование с-м Салюс II. В макуле депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

07.08.18ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

15.03.18ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Снижение ST в V3-4 на 1- 1,5 мм

19.03.18ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.03.18, 19,03.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

15.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь?

19.03.18 Гинеколог: Патология эндометрия в менопаузе. Сг? Сенильный кольпит .

16.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

19.03.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы. Наличия единичных кист в почках, нельзя исключить наличие микролитов в почках

20.03.18 УЗИ ОМТ: Эхопризнаки лейомиомы матки, серозометры, патология эндометрия (Сг?)

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

Перешеек –0,34 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, диаформин, магникор, торадив, нолипрел форте, бисопролол, предуктал MR, каптоприл, атоксил, Хумодар К 25 100Р , гидазепам, розарт,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, дозы инсулина откорректированы. Артериальное давление требует дальнейшего динамического наблюдения и коррекции доз гипотензивной терапии. Учитывая данные доследования у гинеколога пациентка нуждается в продолжении стац лечения в гинекологическом отд ЗОКБ с целью уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения больной. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. Продолжить стац лечение в гинекологическом отд ЗОКБ ( согласована госпитализация на 20.03.18 )
2. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, гинеколога по м\жит.
3. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
5. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 42-44ед., п/уж -14-16 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: бисопролол 10 мг 1р/д, нолипрел би-форте 1т 1р/д эплепрес 25 мг 1р/д, трифас 10 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, дообследование ЭХОКС на 21.03.18 на 17.40. Контроль ЭКГ 21.03.18. повторный осмотр кардиолога
5. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга в плановом порядке, УЗД МАГ гидазепам 0,02 мг 1т 2р/д 7 дней, препараты преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап.,,
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.