#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 334

##### Ф.И.О: Ставецкая Валентина Константиновна

Год рождения: 1953

Место жительства: Запорожский р-н , пгт Кушугум, Олимпийская 72

Место работы: н/р

Находился на лечении с 07 .03.18 по 20 .03.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3), Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП IIIст. Диабетическая нефропатия IV ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипотрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, впервые выявлений. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, 1- II ф. кл СН 1. САГ II ст . Осложнённая заднекапсулярная катаракта ОИ

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, одышка при физ. нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. С 2013 в связи с декомпенсацией СД, переведена на инсулинотерапию Хумодар К 25 100Р 2р/д . В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-20 ед., п/у-20 ед.. Гликемия –12,6 ммоль/л. НвАIс -7,8 % от 26.02.18. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД 10 лет. Из гипотензивных принимает диротон 10 мг 2р/д УЗИ щит железы – эхопризнаки снижения объема щит железы. Т4св – 8,04 ( 1,5-22,7) ТТГ – 36,5 ( 0,4-4,0) от 26.02.18. 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 |
| 09.03 | 141 | 4,5 | 6,4 | 25 | 226 | 1 | 0 | 70 | 25 | 4 |
| 19.03 | 120 |  | 8,1 | 24 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 09.03 | 52,7 | 6,8 | 1,92 | 1,6 | 4,3 | 3,2 | 6,2 | 110 | 10,3 | 2,1 | 2,4 | 0,1 | 0,1 |
| 20.03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

09.03.18 Глик. гемоглобин -8,7 %

09.03.18 АТ ТПО – 1567,8(0-30) МЕ/мл

09.03.18 К –4,6 ; Nа –138 Са++ 1,19- С1 - 104 ммоль/л

### 09.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,283 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

13.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - 500 белок – 0,355

09.03.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,495 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.03 | 7,0 | 12,2 | 13,7 | 13,5 |
| 11.03 | 8,5 | 14,4 | 3,7 | 7,4 |
| 13.03 | 8,2 | 6,6 | 9,0 | 7,2 |
| 15.03 | 6,5 | 7,4 | 12,3 | 12,2 |
| 17.03 | 4,3 | 9,0 | 4,3 | 4,3 |

15.03.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3),

16.03.17 Окулист: ОД=0.5 н/к OS = 0,4 нк 0.5 н.к ; В ОД в СТ плавающие помутнения по типу «серебряный дождь». Гл. дно: сосуды узкие, извиты, выраженный ангиосклероз, вены неравномерного калибра, уплотнены, в макуле рефлекс сглажен. Д-з: Осложнённая заднекапсулярная катаракта ОИ Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД. Рек: оперативное лечение ФЭК + ОИЛ на OS /ОД

07.03.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ . Гипертрофия левого желудочка.

18.03.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1- II ф. кл СН 1. САГ II ст

19.03.18 ЭХОКС: эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, дилатации ЛП. Диастолической дисфункции п о1 типу , регургитации 1 ст на МК, ИТК, склеротических изменений створок МК АК. Рек. кардиолога: КАГ, хипотел 40-80 мг 1р/сут, предуктал MR 1т 2р/д

19.03.18 Кардиолог: повторно диагноз тот же

20.03.18 Нефролог: ХБП Ш ст диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия. Рек : наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан крови, мочи, показателей азотемии в динамике. УЗИ контроль 1-2 р/год, адекватная противогипертензивная терапия с использование АПФ и АРА II

19.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

15.03.18РВГ: Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

26.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 1,6см3; лев. д. V =2,0 см3

Структура неоднородная за счет линейного фиброза, сосудистый рисунок паренхимы железы не усилен, симметричен справа и слева. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Эхопризнаки уменьшения в объеме щит. железы

Лечение: Хумодар К 25 100Р, тиолипон , армадин в/в, тризипин в/в, эналаприл, индапрес, АТФ лонг, магникор, Эутирокс, торадив, Хумодар Б100Р

Состояние больного при выписке: За период стац лечения, больная переведена на Хумодар Б100Р, в 2х инъекциях. Дозы инсулина уменьшены. С учетом снижения СКФ препараты метформина не назначены. Уменьшились боли в н/к .АД 130/80 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 <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-20 ед., п/уж -18 ед.,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг 2р/д, При повышение АД хипотел 40 мг 1р/д предуктал MR 1т 2р/д. Контроль АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Эутирокс 25 мкг утром натощак. Повторить ТТГ через 2 мес при достижении уровня ТТГ (0,4-4,0) 1р в 6 мес

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.