#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 385

##### Ф.И.О: Демченко Людмила Ивановна

Год рождения: 1968

Место жительства: г. Запорожье пер. Глинки 3

Место работы: н/р , инв Ш гр

Находился на лечении с 15.03.18 по 27.03.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма.. Узловой зоб 1 ст, узел левой доли щит железы . Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II смешанного генеза, церебрастенический с-м. ДДПП вертеброгенная цервикалгия , люмбалгия в стадии ремиссии

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/120 мм рт.ст. усиленный аппетит

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. Дебют СД: потеря массы тела, сухость, жажда. При обследовании - глюкоза крови 15 ммоль/л. Обратилась к врачу эндокринологу по м/ж, рек-но диапирид, диаформин. Однако, гликемия оставалась в пределах 14-15 ммоль/л, рек-но -диаформин, трипрайд.. В наст. время принимает: трипрайд 1т 2р/д диаформин 1000 в обед, Комы отрицает. Увеличение щит железы, узел левой доли выявлен в 2014. ТАПБ – цитологическая картина соответствует АИТ с пролиферацией, атипичным фолликулярным эпителием. Является инвалидом Ш гр (психиатрическое заболевание) 44.4 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для назначения инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.03 | 132 | 4,2 | 7,6 | 25 | 2 | 3 | 72 | 22 | 1 |
| 22.03 |  |  |  | 30 |  |  |  |  |  |
| 23.03 | 119 | 3,6 | 4,0 | 40 | 2 | 3 | 72 | 22 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.03 | 109 | 5,81 | 1,68 | 1,19 | 3,85 | 3,9 | 6,0 | 64 | 19,8 | 4,1 | 1,8 | 0,32 | 0,36 |

16.03.18 ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 126 (0-30) МЕ/мл

### 19.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1036 лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

23.03.18 ацетон – отр

20.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

20.03.18 Суточная глюкозурия – 3,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.03.18 Микроальбуминурия –71,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.03 | 11,1 | 17,4 | 15,9 | 12,3 |  |
| 18.03 | 11,4 | 20,0 | 20,6 | 11,3 |  |
| 19.03 | 11,6 | 14,8 | 17,3 | 9,7 |  |
| 21.03 | 5,8 | 8,3 | 7,2 | 8,8 |  |
| 23.03 | 7,9 | 3,8 | 3,3 | 3,3 | 4,6 |
| 24.03 2.00-6,5 | 8,8 | 9,1 | 8,8 | 4,3 |  |
| 25.03 | 5,6 | 6,4 | 5,1 | 6,4 |  |
| 26.03 |  | 7,6 | 5,0 | 6,6 |  |
| 27.03 | 5,1 |  |  |  |  |

16.03.18Невропатолог: ДЭП 1- II смешанного генеза, церебрастенический с-м. ДДПП вертеброгенная цервикалгия , люмбалгия в стадии ремиссии Рек: ЭНМГ н/к, повторный осмотр

19/03/18Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды извиты, склерозированы. А:V 1:2 Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

16.03.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце, СН 0. Риск 4. Рек: эналаприл 5-10 мг, небилет 2,5 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

20.03.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.03.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Icт.

15.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7см3; лев. д. V = 10,9 см3

Щит. железа увеличена за счет левой доли, контуры ровные. эхогенность умеренно снижена. эхострутра однородная . В левой доле в с.3 изохогенный узел с гидрофильным ободком 2.0\*1.39 см. с сплошными пристеночными включениями. В н/3 левой доли. кольцевая структура 0,54 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: диклофенак, азитромицин, Генсулин Н, эналаприл, Генсулин Р

Состояние больного при выписке: За период лечения в стацонаре больной впервые назначены и корригированы дозы инсулина. АД 110/80 мм рт ст. Проведена беседа о необходимости самоконтроля в амб. условиях.

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 <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з 16-18ед п/у 12-14 ед Генсулин Р п/з 6 ед п/у 4 ед.( при необходимости)
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром. Контр. АД.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Определение сывороточного железа. Динамика ОАК, СОЭ

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.