#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 129

##### Ф.И.О: Зайцева Лариса Павловна

Год рождения: 1943

Место жительства: г. Энергодар ул. Скифская 2- 16

Место работы: н/р

Находился на лечении с 24.01.18 по 13 .02.18 в диаб. отд. (ОИТ 05.02.18-.13.02.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисмтеаболчиеская энцефалопатия 1. сочетанного генеза. Церебростенический с-м. высокая осложненая миопия, ХРД. Начальная катаракта ОИ. Бронхиальная астма средней тяжести перетирающее течение, обострение, средней тяжести. ЛН II госпитальная пневмония, поздняя, очаговая справа, нижнедолевая.

Жалобы при поступлении на боли в ногах, снижение чувствительности, шум в голове, головокружение кашель сухой , одышка при физической нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011 г. связывает с приемом стероидных медикаментов по поводу бронхиальной астмы. Постоянно принимает Диабетон MR 60 мг утром. НвАIс -7,8% от 12.2017.АИТ, гипотиреоз выявлен в 2015, АТТО – 842 мМЕ/мл ТТГ – 31,4 (0,3-4,0) Мме/мл от 2014. В настоящее время принимает эутирокс 87,5 мкг/сут . 12.2017 ТТГ – 3,56 мк/МЕ.. Повышение АД в течение 40 лет. Из гипотензивных принимает фозикард 10 мг веч. С 1985 страдает бронхиальной астмой, принимает в ингаляциях беклозан-эко, беродуал Н. 26.01.18 направлена на флюорографию – без патологических изменений. 04.02.18 в ОАК – лейкоцитоз 19,2, СОЭ 19. Усилился кашель с мокротой, появилась одышка в покое. Больная повторно направлена на р-гр легких 05.02.18 Закл: очаговая пневмония справа в нижней доли. В связи с чем переведена в ОИТ 05.02.18. 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 |
| 25.01 | 155 | 4,7 | 8,9 | 13 | 1 | 3 | 68 | 22 | 6 |
| 04.02 | 172 | 5,6 | 19,2 | 19 | 0 | 3 | 67 | 23 | 7 |
| 06.02 | 152 | 5,0 | 12,2 | 25 | 1 | 4 | 53 | 36 | 6 |
| 12.02 | 150 | 4,5 | 9,2 | 28 | 1 | 3 | 62 | 27 | 7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.01 | 61,08 | 5,06 | 0,95 | 1,31 | 3,28 | 2,9 | 5 | 87 | 26,0 | 4,3 | 5,1 | 0,74 | 0,99 |

26.01.18 Глик. гемоглобин -9,9 %

26.01.18 К – 4,75 ; Nа –137 Са++ - 1,1С1 - 109 ммоль/л

12.01.18 Коагулограмма: вр. сверт. 14 мин.; ПТИ –81,2 %; фибр – 4,4 г/л; фибр Б – отр; АКТ –88 %; св. гепарин – 8

.01.18 Проба Реберга: креатинин крови- мкмоль/л; креатинин мочи- мкмоль/л; КФ- мл/мин; КР- %

### 25.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

29.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5000 эритр - 250 белок – отр

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

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

29.01.18 Суточная глюкозурия – 0,35 %; Суточная протеинурия – 0,040

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.01 | 11,9 | 12,5 |  | 11,2 |
| 27.01 | 8,9 | 9,7 | 7,6 | 11,2 |
| 30.01 | 8,5 | 11,4 | 87,9 | 11,7 |
| 02.02 | 5,4 | 5,6 | 5,4 | 6,6 |
| 06.02 | 6,9 | 6,9 | 6,2 | 5,7 |
| 07ю02 | 5,1 | 8,7 | 6,7 | 8,1 |
| 08.02 | 6,2 | 9,7 | 9,2 | 8,5 |
| 09.02 | 6,2 | 8,0 | 9,5 | 12,4 |
| 10.02 | 5,7 | 6,8 | 8,7 | 7,5 |
| 1.15 | 7,1 | 7,7 | 11,9 | 8,4 |

29.01.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), Дисметаболическая энцефалопатия 1. сочетанного генеза. Цепебаостенический с-м

25.1.8 Окулист: VIS OD=0,02 сф – 4,5д=0,2 OS= 0,4сф – 6,5=0,4 Гл. дно: сосуды узкие извиты, с-м Салюс 1- II ст., вены полнокровны. Д-з: Высокая осложненная миопия, ХРД. Начальная катаракта ОИ.

26.01.8 ФГ ОГК: легкие и сердце ебз патологии\

05.02.18 ФГОГК очаговые изменения справа в н/доле.

13.02.18 Р- ОГК

05.02.18 Пульмонолог: госпитальная пневмония, поздняя, очаговая справа в нижней доле. Бронхиальная астма срепдей стпени тяжести обострение, ЛН II Рек: сульцеф 2,0 в/в 2р/д 7-8 дней беродуал Н 2 нед, беклозон муколван 4,0 в/в стр 2р/д 7-8 дней. Р-рг контроль через 7-8 дней.

29.01.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4

Рек. кардиолога: небивал 2,5 1р/д, фозиноприл 5-10 мг, предуктал MR 1т 2р/д.

26.01.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

30.01.18 аллерголог: Бронхиальная астма средней тяжести, перистирующей течение, обострение средней тяжести, ЛН II Рек Дексаметазон в/в по схеме .

25 01.18РВГ: Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена

01.02.18 совместный осмотр с с доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован. Рек: контроль ОАК в динамике, левофлоксацин 500 мг 1т/сут, цефтриаксон в/в стр 2р/д, антигистаминные препараты, р-гр контроль через 10 дней, вазар увеличить – 160 мг 2р/д, индап 2,5 мг утром ,учитывая что у больной ЛН II бронхиальная астма, препараты метформина отменить, перевести на монотерапию Генсулин Н

24.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V =4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная, прослойки фиброза Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: цефтриаксон, левофлоксацин, муколван, эутирокс, беродуал, беклозан, йогурт, индап, вазар, фозикрад, фуросемид, гепарин.

Состояние больного при выписке: при введение Генсулин Н гликемия в пределах допустимых значений, от введения инсулина в амбулаторных условиях отказывается о чем имеется запись в истории болезни .В случае повышения гликемии 9,0-10,0 ммоль/л отменить Диабетон MR , назначить Генсулин Н п/у 8 ед.

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 <6,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. 1 вариант ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 120 мг

2 вариант Инсулинотерапия: Генсулин Н п/уж - 8ед.,

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 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. Гипотензивная терапия: вараз 160 мг 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес..
6. Эутирокс 87,5 мкг/сут. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек аллерголга беклазон 200 мкг 2р/д 3 мес беродуал 2р/д

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.