#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 629

##### Ф.И.О: Игнатович Любовь Михайловна

Год рождения: 1960

Место жительства: Гуляйпольский р-н, с. Воздвиженовка ул. Чапаева 76

Место работы: н/

Находился на лечении с 18.05.15 по 28.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. Стеноз ПББА с двух сторон. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисметаболическая энцефалопатия. Астенический с-м. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гастродуоденит с умеренно выраженным болевым с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. С-м ВСД. Полинодозный зоб 1, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 5 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 в связи с декомпенсации переведена на комбинированную инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 18-17ед., п/у- 10ед., Инсуман Рапид п/у – 5 ед. Гликемия –7,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.05.15 Общ. ан. крови Нв – 145 г/л эритр –4,4 лейк – 6,9 СОЭ – 10 мм/час

э- 4% п-2 % с- 68% л- 19% м- 7%

20.05.15 Биохимия: СКФ –52,03 мл./мин., хол –7,2 тригл -1,68 ХСЛПВП -1,08 ХСЛПНП -5,35 Катер -5,7 мочевина –6,0 креатинин –112,8 бил общ –9,2 бил пр –2,3 тим –2,1 АСТ – 0,22 АЛТ –0,16 ммоль/л;

### 13.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 4-5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - в п/зр

22.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – отр

20.05.15 Суточная глюкозурия – 4,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.05.15 Микроальбуминурия –45,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.05 | 13,0 | 14,1 | 18,3 | 12,4 |
| 21.05 | 12,2 | 13,9 | 18,1 | 14,9 |
| 25.05 | 8,2 | 14,6 | 13,5 | 9,1 |
| 26.05 |  | 9,2 | 15,9 | 13,3 |
| 27.05 | 9,6 |  | 11,8 | 10,9 |
| 28.05 | 7,3 | 8,3 |  |  |

18.05.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисметаболическая энцефалопатия. Астенический с-м

18.05.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Факосклероз ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.05.15ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

20.05.15 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. С-м ВСД.

22.05.15 Р-скопия ЖКТ: Хронический гастрит рефлюкс эзофагит. Хронический панкреатит.

22.05.15 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. Стеноз ПББА с двух сторон.

22.05.15Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гастродуоденит с умеренно выраженным болевым с-м.

19.05.15РВГ: Нарушение кровообращения IIст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

19.05.15Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева – 1,0. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

21.05.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА справа 23-25%, слева 24-27%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,0 см3; лев. д. V = 5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с многочисленными расширенными фолликулами до 0,4 см. В пр доле у заднего контура гидрофильный узел 0,84\*0,69. В с/3 лев доле такой же зуел 0,69 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Мелкие узлы обеих долей.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, омепразол, маалокс, де-нол, пангрол, диалипон витаксон, солкосерил,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, проведена коррекция инсулинотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Базал п/з-32-34 ед., п/уж -14-16 ед., Инсуман Рапид, п/з-12-14 ед., п/уж – 2-4ед.,

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: индапрес 2,5 мг 1р\д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: УЗДГ МАГ.
4. Кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: армадин 2,0 в/м № 10, затем 500 мг 1р\сут 1 мес.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в 6 мес. Контр кальцитонина, ТАПБ с послед. конс. эндокринолога.
8. Рек. окулиста:. оптикс 1т 1р\д
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, маалокс 1т 3/д через 30-40 мин после еды 2 нед, деннол 2т 2р/д за 30 мин до еды, пангрол 25 ты 1т 3р/д во время еды 2 нед., прокстум 40 мг 1т 1р\д за 1 час до еды 2 нед.
10. Рек ангиохирурга: ливазо 4 мг 1р\д, супрелекс 2т 3р/д 2 мес, нейралгин 300 2т 3р/д 1 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.