#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1725

##### Ф.И.О: Худякова Зинаида Васильевна

Год рождения: 1952

Место жительства: Васильевский р-н,с. М-белозерка ул. Украинская 44

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 07.12.17 по 21.12.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ-32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Энцефалопатия I ст. сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), вестибуло-атактический синдром. Начальная катаракта ОИ. Возрастная макулодистрофия, ангиопатия сетчатки ОИ. Хр.пиелонефрит, латентное течение в ст.обострения.

Жалобы при поступлении : на гипогликемические состояния в различное время суток, которые появились в течение последних 3-х месяцев, увеличение веса на 10-12 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, голокружение, периодически боли в области сердца и поясничной области, отеки н/к. боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 08.2016 при обращении к терапевту по поводу гипетонии -была выявлена гипергликемия 23,3 ммоль/л, ацетон мочи 2+, была ургентно госпитализирована в т/о по м/ж, где был назначен инсулин короткого действия. В связи со стойкой ацетонурий была переведена в эндокриндиспансер, где была подобрана инсулинотерапия: хумодар Б 100Р. п/з 26-28 ед, п/у 14-16 ед, Гипогликемическая кома в 2016 во время стац лечения на фоне подбора доз инсулина. С-пептид (09.09.17) -1,48 (1,1-4,4) нг/мл. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-26 ед., п/у-14ед., Гликемия –2,8-4,8-7,1 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает липра-зид 10 мг утром, лоспирин 75мг 1 т веч. АИТ, гипертрофическая форма с 2016 АТТГ 20,7 (0-100) МЕ/мл. АТТПО – 158,5 (0-30) МЕ/мл. 2007г-лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 08.21 | 153 | 4,6 | 8,9 | 14 | 0 | 1 | 76 | 22 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.12 | 76 | 7,5 | 1,73 | 2,67 | 4,03 | 1,8 | 4,6 | 76 | 11,4 | 2,9 | 1,8 | 0,28 | 0,4 |

08.12.17 Глик. гемоглобин -6,2 %

08.12.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

08.12.17 К –4,08 ; Nа – 137 Са++ -1,08 С1 -103 ммоль/л

12.12.17 Проба Реберга: креатинин крови- 89мкмоль/л; креатинин мочи- 6215мкмоль/л; КФ- 98,5мл/мин; КР- 98.5 %

### 08.12.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – на 1/3 п/зр в п/зр белок – 0,053 ацетон –отр; эпит. пл. – умер.к-во.; эпит. перех. - в п/зр

12.12.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -57000 эритр - 500 белок – 0,031

11.12.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 14.12.17 Микроальбуминурия – 117,4мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.12 | 4,2 | 10,2 | 5,0 | 5,8 |
| 12.12 | 6,0 | 8, | 6,2 | 6,5 |
| 14.12 | 7,2 |  |  |  |
| 18.12 |  | 6,9 | 7,1 | 6,7 |
| 19.12 | 6,1 |  | 4,5 |  |

15.12.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), вестиублоатактический с-м. р-но:УЗДС МАГ, МРТ гол.мозга, вестибо 24 мг 1т2р/д, L-лизина эсцинат 10,0 в/в кап, нейротропин 4,0 в/в, повт.осмотр.

20.12.17 Невролог: Д-з тот же. р-но: продолжить вестибо 24 мг 1т 2р/д-1 мес, сермион 30 мг 1 р/д-1 мес.

15.12.17 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды трокеи, веныполнокроаны,,извиты, склерозированы, с-м Салюс 1 ст. В макуле депигментация. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Возрастная макулодистрофия, ангиопатия сетчатки ОИ.

15.12.17 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

20.12.17 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.12.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

08.12.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

08.12.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

18.12.17 МРТ головного мозга: КТ признаки особенностей расположения правой ЗМА.

19.12.17 УЗИ МАГ: признаки затрудненного веннозного оттока не выявлены

07.12.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,1 см3; лев. д. V =7,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

Лечение: Хумодар Б100Р, липразид 10, нугрел 75, нормовен 500, эспа-липон 600 в/в, милдракор10,0 в/в, ноотропил 10,0 в/в, торадив10, диаформин 850, дротаверин, корвалол, вестибо 24, L-лизина эсцинат 10,0 в/в, церебролизин 10,0 в/в, нейротропин 4,0 в/в, флуконазол 50, ципрофлоксацин.

Состояние больного при выписке: гликемия в пределах целевого уровня, гипогликемические состояния не отмечаются, несколько уменьшились боли в н/к. АД 120-140/80 мм рт. ст. У пациентки во время пребывания в стационаре развилось сильное головокружение, сопровождающееся чувством тошноты и тревоги, на фоне проведенной сосудистой терапии описанные неврологичекие симтпомы не отмечаются. Учитывая течение сахарного диабета, возраст манифестации, наличие метаболического синдрома и имеющуюся сопутствующую патологию гепато-билиарной системы (2007г-лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ), а также достижение компенсации гликемии на фоне однократного введения инсулина в сутки в комбинации с метформином диагно « СД тип 1» изменен на «СД тип 2».

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б 100Р п/з-24-26 ед.
4. ССТ: метамин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес, контроль микроальбуминурии после снижения уровня лейкоцитурии до нормальных значений с последующим контролем в динамике 1раз в 6 мес при ее выявлении.
6. Гиполипидемическая терапия аторвастатин (этсет) 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: лизиноприл 10 мг утром, индапамид 2,5 мг утром натощак, нугрел 75 1 т на ночь, трифас 10 мг 1 т в неделю при отеках. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., вестибо 24 мг 1 т 2р/д-1 мес, сермион 30 мг 1 т вечером-1 мес, армадин лонг 300 1т 1р/д- 1 мес.
9. УЗИ почек в плановом порядке, флуконазол 50 мг 1 т 1р/д-1 мес, ципрофлоксацин 500 1 т 2р/д-до 10 дней с последующим контролем ан.мочи по Нечипоренко по м/ж.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 12 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.