#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 619

##### Ф.И.О: Авраменко Людмила Александровна

Год рождения:1948

Место жительства: Запорожский р-н, с. Степное, ул. Песчаная д.1.

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 25.04.17 по 05.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. субкомпенсации. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия V ст. Диабетическая ангиопатия н/к II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма NSS 4 NDS 4, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОS. Начальная катаракта OD. ИБС: стенокардия напряжения, II ф.кл, постинфарктный кардиосклероз СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. СН IIА. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 38 кг/м2) алиментарно-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб I, узлы левой доли, эутиреоидное состояние. МКБ конкременты обеих почек, хронический пиелонефрит в ст. нестойкой ремиссии. ДЭП I-II ст сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), церебро-астенический с-м. Вертеброгенная люмбоишалгия. Деформирующий спондилоартроз МПД L3, хр. рецидивирующее течение. Варикозная болезнь н/к II-IIIст. Поверхностных вен обеих голеней. Тромбофлебит поверхностных вен н/к. Невправимая пупочная грыжа.

Жалобы при поступлении на: периодически сухость во рту, гипогликемические состояния время до 3-4 р/мес, ухудшение зрения, отеки н/к, снижение суточного диуреза, выраженную одышку при минимальной физической нагрузке, повышение АД до 180/90, головные боли, боли в ногах, онемение, снижение чувствительности в пальцах рук и ног, похолодание в конечностях, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991 г. Развитие заболевания связывает с перенесенным стрессом. С начала заболевания ССП (сиофор, манинил). В 1996 г в связи с декомпенсацией переведена на инсулинотерапию. Получала Изофан, затем Хумодар К25, в 2011 г. Генсулин Н, Генсулин R.

В настоящее время получает Генсулин Н п/з 32 п/у 28 ед. Генсулин R п/з 18 п/у 16 ед. Течение стабильное, комы отрицает. Последняя госпитализация в Эндокриндиспансер 06.2016 г. Повышение АД в течение 18 лет, принимает эналаприл 10 мг 2р/д, тридуктан 1т 2 р/д, лоспирин 75 мг 1 таб на ночь. С 2013 г. Бронхиальная астма, тяжелое персистирующее неконтролируемое течение. Принимает беродуал, серетид. В 2015 г был выявлен узловой зоб Iст, ТТГ – 2,1 (0,3-4,0) Мме/мл; Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии и лечения хр. осложнений СД. С 2013 г. Смешанный зоб 1 ст, узлы левой доли. ТТГ 0,7 ( 0,3-4,0) от 20.05.16. АТ-ТПО 51,5 ( 0-30) Ме/мл. Непереносимость никотиновой кислоты.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 26.04.17 | 148 | 4,4 | 4,8 | 10 | 1 |  | 76 | 20 | 3 |

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | Бил.общ | бил пр. | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.04. | 76,0 | 5,6 | 2,69 | 0,69 | 3,6 | 7,1 | 8,9 | 92 | 13,1 | 3,4 | 2,29 | 0,22 | 0,17 |

26.04.17Анализ крови на RW- отр

28.04.17 К – 5,01 ;Nа – 136,0 Са 2,5 ммоль/л

### 26.04.17 Общ. ан. мочи уд вес –1011 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,025 г/л ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр,

28.04.17Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2000 эритр – 0, белок – 0,028г/л

28.04.17Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – 0,058 г/сутки

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.04.17 | 6,4 | 10,3 | 6,4 | 6,1 |
| 02.05.17 | 7,7 | 6,8 | 5,2 | 7,2 |

03.05.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма NSS 4 NDS 4, хроническое течение. ДЭП I-II ст сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), церебро-астенический с-м. Вертеброгенная люмбоишалгия. Деформирующий спондилоартроз МПД L3, хр. рецидивирующее течение. Р-но: Препараты липоевой кислоты в/в кап №10, витаксон 2,0в/м №10, тивомакс 100,0 в/в кап, МРТ ПОП.

26.04.17 Окулист:. В хрусталике помутнения OD менее 0,8. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, вены полнокровны., выраженный ангиосклероз. Микроаневризмы, геморрагии, твердые экссудаты. НДРП. Незрелая катаракта OS. Начальная катаракта Р-но: ФЭК+ИОЛ OD на OS в плановом порядке после стабилизации гликемии.

25.04.17. ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл.ось не отклонен. Руюец перегородочной области. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда

25.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст. Варикозная болезнь н/к II-IIIст. Поверхностных вен обеих голеней. Тромбофлебит поверхностных вен н/к. Невправимая пупочная грыжа. Рек-но дуплекс вен н/к, наблюдение сосудистого хирурга ,невролога лоспирин 75 мг 1р\д платогрил 1т 1р\д постоянно. Детралекс 500 1т2р/д 1 мес. трентал 100 мг\д 2 нед под контролем АД, ЭКГ. Ограничение физ нагрузок в случае ущемления грыжи оперативное лечение по жизненным показаниям

28.04.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст с увеличением размеров селезенки функционального раздражения кишечника, множественных конкрементов почках без нарушений урокинетики.

25.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8см3; лев. д. V =5,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, , мелкий фиброз. В пр. левой доле у переднего контура доле гидрофильный узел 1,14\* 0,67 см. с четкими ровными контурами. Рядом такой же узел 0,54 см. м. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доли.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, эналаприл, лоспирин, предуктал MR, тиогамма, кеторол, ципрофлоксацин, физиолечение

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли, отеки н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Р п/з- 18-20 ед., п/уж 16-18 ед., Генсулин Н п/з 32-34 ед, п/у 28-30 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин10 мг) с контролем липидограммы.
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 5мг утром + 10 мг веч, индапаид, 2,5 мг утром натощак лоспирин 75мг1тна ночь, предуктал MR 1т 2р/д. Контроль АД, ЭКГ.
7. Лечение полинейропатии: Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
8. УЗИ щит.железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в год. ТАПБ узлов щит. железы в плановом порядке.
9. МРТ ПОП в плановом порядке с последующей конс. невропатолога.

##### Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В