#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1469

##### Ф.И.О: Лобода Елена Степановна

Год рождения: 1977

Место жительства: Черниговский р-н с . Ильное ул. Мира 44

Место работы: Черниговский психоневрологический интернат, мл. медсестра- баньшица.

Находился на лечении с 23.10.17 по 02.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. СВД, астеноневротический с-м. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. Симптоматическая артериальная гипертензия IIст. Вторичный ангиотрофоневроз н/к.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, периодические гипогликемические состояния связанные с несвоевременным приемом питания.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з- 12ед., п/о- 10ед., п/у- 8ед., Генсулин Н 22.00 14 ед. Гликемия –13,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. АИТ без увеличения объёма щит. железы выявлен в 2013 АТТПО – 883,5; ТТГ – 0,6 от 2013. 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 |
| 24.10 | 149 | 4,5 | 7,0 | 27 | 1 | 3 | 67 | 26 | 3 |
| 31.10 |  |  |  | 28 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 24.10 | 132 | 5,77 | 1,76 | 1,19 | 3,77 | 3,8 | 6,9 | 63 | 11,0 | 2,1 | 1,7 | 0,14 | 0,32 |

24.10.17 Глик. гемоглобин -11,1 %

27.10.17 ТТГ – 3,7 (0,3-4,0) Мме/мл

24.10.17 К – 4,91 ; Nа –135 Са++ - 1,25С1 - 102 ммоль/л

### 24.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – на все в п/зр белок – 0,053 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

31.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - 500 белок – отр

30.10.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### .10.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.10 | 9,9 | 12,9 | 6,5 | 6,0 |
| 26.10 | 8,6 | 9,9 | 5,8 | 4,4 |
| 27.10 | 8,6 | 9,7 | 10,8 | 8,3 |
| 28.10 | 6,5 | 8,7 | 9,0 | 7,7 |
| 29.10 | 8,4 | 9,4 | 8,3 | 7,6 |
| 31.10 | 6,2 | 8,1 | 9,3 | 6,6 |

27.10.17Невропатолог: СВД, астеноневротический с-м. рек бифрен 1т 3р/д.

25.10.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; Гл. дно: Границы четкие. сосуды сужены, извиты. В макулярной области без особенностей .

26.10.17 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

26.10.17 Кардиолог: симптоматическая артериальная гипертензия . IIст

Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг \*1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

24.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1- II ст Вторичный ангиотрофоневроз н/к. Рек: этсет 20 мг 1р/д, плетол 100 мг 1р/д .

25.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

24.10.17 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

24.10.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,2см3; лев. д. V =8,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 ст. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Р, Генсулин Н, тиогамма турбо, кокарнит, эналаприл, индапрес, мефармил,

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з 20 ед, п/у 20 ед

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

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: эналаприл 5-10 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес..
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Б/л серия. АДГ № 6716 с 23.10.17 по 02.11.17. к труду 03.11.17

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В