#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1499

##### Ф.И.О: Нарушевич Лилия Петровна

Год рождения: 1962

Место жительства: Куйбышевский р-н, пгт К-Зоря ,ул. Речная 7

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 27.10.17 по 08.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 1 с. Узел левой доли щит железы. Эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2-3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 130/80 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диаглизид, сиофор.). С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию – Генсулин Н, метамин. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-40 ед., п/у-10 ед. метамин 1000 2р/д. Гликемия –8,4 ммоль/л. НвАIс - 7,7% от 10.2017. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5мг. В 2046 выявлен мелкий узел левой доли щит железы. Эутиреоидное состояние. 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 |
| 30.10 | 147 | 4,4 | 5,8 | 12 | 1 | 1 | 52 | 45 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 30.10 | 108,7 | 4,62 | 1,8 | 1,46 | 2,33 | 2,2 | 4,4 | 62 | 9,0 | 2,0 | 1,7 | 0,27 | 0,25 |

30.10.17 Анализ крови на RW- отр

03.11.17 ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 14,6 (0-30) МЕ/мл

30.10.17 К – 4,77 ; Nа –135,4 Са++ -1,21 С1 - 102 ммоль/л

### 31.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк –6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

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

30.10.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 02.10.17 Микроальбуминурия –22,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.10 | 5,0 | 5,9 | 7,7 | 6,7 |
| 02.11 | 5,8 | 4,7 | 7,9 | 7,4 |
| 05.11 | 7,0 | 7,5 | 12,4 | 8,7 |

01.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Рек: актовегин 10,0+100в/в , келтикан 1т 3р/д 1 мес.

01.11.17 Окулист: VIS OD=0,9-1,0 OS= 0,9-0,8 ; Факосклероз.

Гл. дно: артерии узкие, вены полнокровные, сужены, сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II ст. В макуле депигментация Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

27.10.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

06.11.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Рек. кардиолога:. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

31.10.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. IIст . рек плестол 100 мг 1т 1р/д,этсет 20 мг 1р/д, ДДТ ГОП № 10, Массаж ПОП №10

31.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

01.11.17 Дупл. сканирование артерий н/к: диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

27.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V =8,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная. В левой доле в /3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,65см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли.

Лечение: Генсулин Н, диаформин, диалипон, армадин, тризипин, пирацетам, т-триомакс,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм 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- 38-40ед., п/уж 8-10ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 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. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром,. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В