#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1326

##### Ф.И.О: Игнатова Александра Николаевна

Год рождения: 1954

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Гришунова 49

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.09.17 по 09.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб. Узлы левой доли. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. диффузный кардиосклероз СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. ДГПЖ по гипомоторному типу

Жалобы при поступлении на общую слабость, быструю утомляемость, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимал ССП. С 2010 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-30 ед., п/у20 ед., диаформин 500 мг 2р/д. Гликемия –7,0-16,5 ммоль/л. НвАIс – 9,3 % от 08.2017. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг, кардиомагнил 75, этсет 10 мг. Узловой зоб с 2011, АТТПО – 10,2 ( 0-30)ме/мл АТТГ – 8,2 (0-100) мМе/мл. 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 |
| 27.09 | 138 | 4,1 | 4,4 | 22 | 3 | 1 | 41 | 54 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.09 | 95,7 | 5,7 | 4,3 | 0,96 | 2,8 | 4,9 | 5,6 | 72,6 | 17,8 | 3,8 | 2,5 | 0,34 | 0,36 |

28.09.17 ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

27.09.17 К – 4,23 ; Nа –135 Са++ -1,09 С1 -101 ммоль/л

### 27.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

02.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - белок – отр

03.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

28.09.17 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 28.09.17 Микроальбуминурия –45,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.09 | 10,8 | 8,3 | 5,2 | 8,3 |
| 30.09 | 9,8 | 8,9 | 10,3 | 9,8 |
| 05.10 | 9,3 | 7,1 | 7,7 | 7,6 |

27.09.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

26.09.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

27.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

05.10.17Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст ДГПЖ по гипомоторному типу . Рек: гепадиф 2т 3р/д, урсосан 250 мг на ночь. Контроль УЗИ через 6 мес.

28.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена

27.09.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ЗББА справа окклюзия ПББА слева50-52%.

27.09.17 УЗИ вен н/к: Эхопризнаки лимфостаза правой н/к. Эхопризнаков структурных изменений и внутрипросветных образований не выявлено.

02.10.17Дупл сканирование брахицефальных артерий: на руках

26.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,4 см3; лев. д. V =6,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В левой доле у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным 0,8 \*0,6 см. В с/3 левой доли такой же узел 0,84\*0,63 с крупными кальцинатами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: метфогамма, Хумодар К 25 100Р, эринорм, индапрес, тиогамма, мильгамма, этсет, атрогель Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р

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: Хумодар К 25 100Р п/з-30-32 ед., п/уж – 20-22ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 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, трайкор 145мг 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 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В