#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1354

##### Ф.И.О: Патерко Любовь Васильевна

Год рождения: 1958

Место жительства: г. Запорожье пр. Моторостроителей 26-2

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 02.10.17 по 12.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

ст. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. СН0. Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. ЖКБ хр. калькулезный холецистит вне обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала арфазетин в течение года, затем с 1998 назначена ССТ: манинил 5мг. В 2006 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 32ед., п/у- 30ед., метамин 1000 2р/д. Гликемия –7-10 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает диокор 160-80 мг/сут, бисопролол 10 мг, индап 2,5 мг, В 2006 перенесла ДТЗ, принимала мерказолил. ТТГ -1,1 ( 0,4-4,0) ММЕ/мл от 2016. 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 |
| 03.10 | 152 | 4,6 | 6,1 | 29 | 1 | 1 | 60 | 37 | 1 |
| 10.10 |  |  |  | 32 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 03.10 | 104 | 3,27 | 1,79 | 1,31 | 1,14 | 1,4 | 5,9 | 72,6 | 16,1 | 3,2 | 6,1 | 0,14 | 0,20 |

03.10.17 Анализ крови на RW- отр

05.10.17 Глик. гемоглобин -10,5 %

06.10.17ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

03.10.17 К –4,5 ; Nа –135,2 Са++ -1,1 С1 -104 ммоль/л

### 03.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – 2-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

05.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – отр

04.10.17 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 05.10.17 Микроальбуминурия – 95,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.10 | 8,3 | 7,5 | 8,5 | 12,0 |  |
| 09.10 | 4,3 | 9,6 | 7,0 | 7,0 | 4,8 |
| 11.10 | 5,8 |  |  |  |  |

05.10.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Рек: УЗД МАГ, келтикан 1т 3р\д мес, сермион 30мгвеч, неогабин 75 мг веч, армадин 4,0 в/в. Конс. ангиохирурга с результатами УЗД МАГ

02.10.17 ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

03.10.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.10.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст. ЖКБ хр. калькулезный холецистит вне обострения. Рек: УЗИ ОБП 1р/год, но-шпа 1-2т при болях в правом подреберье, оперативное лечение лапароскопическая холецистит эктомия в плановом порядке.

03.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к умеренно повышен . 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 незначительно нарушена.

09.10.17 УЗИ почек: Эхопризнаки наличия конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

09.10.17 Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий: на руках.

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, метамин, тиогамма, актовегин, кокарнит, кливас, диокор, бисопролол, дифорс, индап, кардиомагнил

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах нормальных значений, уменьшились боли в н/к, головные боли. АД 130/80 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: Хумодар К 25 100Р п/з- 32-34ед., п/уж -30-32 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 20 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: диакор 160 мг, бисопролол 5-10 мг/сут, индап 2,5 мг, 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. Контроль СОЭ в динамике.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В