#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1297

##### Ф.И.О: Грачева Татьяна Владимировна

Год рождения: 1959

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки ул. Новая 61

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 19.09.17 по 02.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение Ш ст. (ИМТ 42 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН II А. Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. ДДПП ПОП Смещение L4, грыжи м/п дисков L2,L3,L4 люмбоишалгия справа.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 165/90 мм рт.ст., отеки н/к, усиливающиеся к вечеру, одышка при ходьбе по прямой, ухудшение памяти, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, боли в грудной клетке, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диаформин). С 2013 в связи с неэффективностью переведена на комбинированную терапию: Хумодар К 25 + диаформин. В 2015 назначен Хумодар Р100Р,Хумодар Б100Р, в 2х кратном режиме + диаформин 1000 2р/д. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 14ед., п/у- 14-16ед., Хумодар Б100Р п/з 30-32 п/у 28- 30 ед. диаформин 1000 2р/д. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 10-12 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг утром, бисопролол 10 мг кардикет20 мг 1т 1р/д ,магникор 75 мг 1т веч. 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 |
| 20.09 | 155 | 4,6 | 5,8 | 29 | 5 | 0 | 68 | 28 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 116 | 5,16 | 20,83 | 1,0 | 2,86 | 4,2 | 7,0 | 85 | 11,2 | 2,7 | 2,2 | 0,14 | 0,13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

20.09.17 Глик. гемоглобин – 12,5%

22.09.19 ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

20.09.17 К –4,12 ; Nа –145 Са++ -1,12 С1 - 102 ммоль/л

22.09.17 Проба Реберга: креатинин крови-79,2 мкмоль/л; креатинин мочи- 6490 мкмоль/л; КФ- 64,6мл/мин; КР- 98,3%

### 25.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,03 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

28.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

22.09.17 Суточная глюкозурия – 3,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 28.09.17 Микроальбуминурия 58,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.09 | 11,0 | 9,3 | 10,3 | 17,0 |  |
| 22.09 | 6,5 | 11,9 | 14,1 |  |  |
| 24.09 | 7,6 | 12,7 | 12,3 | 16,6 |  |
| 26.09 | 10,3 | 9,8 | 13,0 | 12,2 |  |
| 28.09 | 9,0 | 8,7 | 12,1 | 10,7 |  |

25.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. ДДПП ПОП Смещение L4, грыжи м/п дисков L2,L3,L4 люмбаищалгия справа. Рек снижение массы тела, ЛФК, корсетирование, ДДТ, массаж ПОП, неогабин 75 мг, сермион 30 мг веч, актовегин 10,0 № 10

19.09.17ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

20.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.09.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

27.09.17 МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Дегенеративно-дистрофические изменения ПОП. Спондилоартроз 1-IIст. Антилистез L4 позвонка. Выраженный дегенеративный стеноз позвоночного канала с акцентом на уровне L4-L5 . протрузии м/ж дисков Т12, L1, L5,грыжи м/п дисков L2, L3 L4

19.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,1 см3; лев. д. V = 6,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,4 см Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: мефармил, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, магникор, эналаприл, диалипон,кокарнит, армадин, трифас, бисопролол, неогабин, кардикет, этсет, аброл, неоангин, торадив, олфен,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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 Б100Р п/з-48-50 ед., п/уж – 44-46ед.,

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 с контролем липидограммы 1р 3 нед.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5-10 мг утром, бисопролол 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Конс. окулиста по м/ж
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В