#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 434

##### Ф.И.О: Цегельник Людмила Ивановна

Год рождения: 1954

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Кушугум ул Партизанская 43

Место работы: инв Ш гр

Находился на лечении с 26.03.18 по 05.04.18 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. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III- ст. Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Многоузловой зоб 1 ст узлы обеих долей . Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ. ДЭП 1 ст смешанного генеза, кохлеарный с-м, Вертеброгенная цервикалгия, мышечно-тонический с-м. Двусторонняя хр. сенсоневральная тугоухость.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, шум в ушах, шаткость при ходьбе дрожь в в/к, пастозность голеней к вечеру, одышку при ходьбе, боли в межлопаточной об области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. При сдаче анализов гликемия 7,0-8,0 ммоль/л, С того же времени принимала ССТ (сиофор). В 2005 в связи с декомпенсацией переведена на инсулинотерапию. Хумодар Б100Р, затем Хумодар К 25 100Р. В анамнезе плохая переносимость препаратов метформина (расстройство стула ,вздутие живота, боли). В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 34ед., п/у- 34ед.,

Гликемия –8,8-15,6 ммоль/л. НвАIс – 10,3 % от 15.03.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает принимает вазар 160 мг/сут, индапамид 2,5 мг утром, кардиомагнил 75 мг, этсет 10 мг веч. Узловой зоб с 2009 АТТГ – 243 МЕ/мл ( 0-100) АТТПО – 329 МЕ/мл(0-30) 2009 ТАПБ – узловой зоб с кистозной дегенерацией. 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 |
| 27.03 | 139 | 4,2 | 9,8 | 35 | 2 | 2 | 61 | 33 | 2 |
| 03.04 |  |  | 6,0 | 35 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.03 | 68 | 6,38 | 1,52 | 1,4 | 4,28 | 3,6 | 7,3 | 99 | 22,5 | 4,6 | 2,9 | 0,1 | 0,22 |

27.03.18 Анализ крови на RW- отр

30.03.18ТТГ –0,2 (0,3-4,0) Мме/мл

27.03.18 К – 4,37 ; Nа – 139 Са++ -1,08 С1 -107 ммоль/л

### 27.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

03.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -131250 эритр - 250 белок – 0,029

28.03.18 Суточная глюкозурия – 1,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 28.03.18 Микроальбуминурия – 137,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.03 | 8,5 | 10,7 | 10,9 | 6,9 | 6,2 |
| 29.03 | 6,6 | 8,3 | 7,4 | 5,8 |  |
| 04.04 | 4,5 | 6,8 | 10,8 | 7,9 | 3,9 |

28.03.18 Невропатолог: ДЭП 1 ст смешанного генеза, кохлеарный с-м, Вертеброгенная цервикалгия, мышечно-тонический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),

27.03.18 Окулист: VIS OD= 0.7сф+ 1,0OS= 0,5сф + 1,0=1,0

Гл. дно:. А:V 2:3 Сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены уплотнены, с-м Салюс 1 ст. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ.

22.03.18 ЛОР: Двусторонняя хр. сенсоневральная тугоухость.

26.03.18 ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

27.03.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

22.03.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

05.04.18Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритм в стадии обострения , артериальная гипертензия.

29.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 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.

30.03.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника.

29.03.18УЗИ МАГ: протокол на руках

29.03.18 МРТ картина мелких субкомпенсированных очагов как проявление сосудистой лейкоэнцефалопатии 1-2 ст. вероятнее всего дисциркуляторного генеза

26.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V =9,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. В обеих долях множественные расширенные фолликулы от 0,4-0,9 см .В левой доле у перешейка гидрофильный узел 1,36\*0,85.(2017-1,4\*0,73) В в/3 левой доле конгломерат из 3х таких же узлов 2,34\*1,8 (2017-2,35\*1,68)см. У заднего контура лево доли гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,45\*1,8 (2017-2,5-1,14). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей

Лечение: Хумодар К 25 100Р, вазар, индапамид, кардиомагнил, этсет, тиогамма турбо, мильгамма, диклофенак, норфлоксацин, мефармил, актовегин, нейромидин.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились шаткость при ходьбе, головокружение, 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-34-36 ед.,., п/уж -34-36 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 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. Рек. кардиолога: вазар 160 мг, арифон ретард 1т /д, 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: вестибо 24 мг 2р/д 1 мес сермион 30 мг утр. 1-3 мес., келтикан 1т 3р/д 1 мес Р-гр ШОП, треморография.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ и АРА II. Цефикс 400 мг 1т /сут, флуконазол 50 мг 1т/сут, 10 дней, Пр инормализаци иан. Мочи прием канекфрона 2т 3р/д 1 мес 3-4 курса в год.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.