#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1399

##### Ф.И.О: Нарушевич Лилия Петровна

Год рождения: 1962

Место жительства: Куйбышевский р-н, пгт Камыш-Заря, Речная 7

Место работы: н/р , инв Ш гр

Находился на лечении с 24.10.18 по  05.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Узловой зоб 1. Узел левой доли. Эутиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ36 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. САГ II ст.

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, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, дискомфорт в прекардиальной области,,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию..

В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 40ед., п/о- ед., п/у- 10ед., метамин 1000 мг 2р/д Гликемия –4-10 ммоль/л. НвАIс – 7,1 % от 10.2018 . Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает каптопрес 2,5 мг В 2006 выявлен мелкий узел левой доли ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 14,6 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 25.10 | 133 | 4,42 | 6,7 | 13 | |  | | 2 | 3 | 50 | 39 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 25.10 | 92 | 4,82 | 1,31 | 1,75 | 2,46 | | 1,7 | 3,1 | 74 | 9,8 | 2,1 | 2,1 | | 0,46 | 0,31 |

25.1.017 Амилаза – 30,3

25.10.18 ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/мл

25.10.18 К – 4,47 ; Nа –139 Са++ -1,06 С1 -99 ммоль/л

### 25.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

26.10.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 31.10.18 Микроальбуминурия – 50,7мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.10 | 4,5 | 7,6 | 8,0 | 4,1 |
| 27.10 | 6,9 | 6,8 | 12,7 | 10,2 |
| 29.10 | 6,5 | 11,0 | 6,7 | 15,3 |
| 31.10 | 7,7 | 6,7 | 9,8 | 10,9 |
| 02.11 | 7,0 | 8,4 | 9,6 | 4,3 |

26.10.18 Окулист: VIS OD=1,0-0,9 OS= 1,0-0,9 ;

Гл. дно:. Артерии расширены, полнокровны, ангиосклероз, с- м Салюс 1 ст. множественные микроаневризмы, микрогеморрагии, сливные друзы. В Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

25.10.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГП

26.10.18 Кардиолог: САГ II ст

25.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

30.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

25.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка 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 нарушена.

27.10.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7см3; лев. д. V =8,0 см3

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

Лечение: Генсулин Р, Генсулин Н , мефармил, диалипон турбо, витаксон, саргин, индапрес, предуктал MR.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-36 ед., п/уж - 8ед., Генсулин Р п/з 6 ед п/у 4 ед..

метформин (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 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: индапен SR 1т 1р/д, дообследование ЭХОКС, NTpro BNP, УЗД МАГ, повторный осмотр после дообследования.
5. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5-5 мг утром, Контр. АД.
6. Диалипон 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.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. При росте узла щит железы направить на ТАПБ.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.