#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1076

##### Ф.И.О: Юдина Валентина Николаевна

Год рождения: 1965

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Благовещенка, ул. Гагарина, 27

Место работы: н/раб., пенс., инв. III гр.

Находился на лечении с 16.08.18 по  27.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 5), Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, цереброастенический с-м, Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 39 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, онемение ног и кистей, повышение АД макс. до 140-170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе общую слабость, быструю утомляемость, отеки голеней, стоп к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000 г. при обращении к врачу по поводу плохого самочувствия. . Комы отрицает. С начала заболевания принимала (манинил). С 2008 г. в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию Хумодар Р-100Р, Хумодар Б100Р. В 2015 г. назначен Хумодар К 25 100Р в сочетании с сиофором.

В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 46 ед., п/у- 18 ед., сиофор 1000 мг.\*2р.сут. Гликемия – 6,1 -12,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016 г. Повышение АД в течение 18 лет. Из гипотензивных принимает Эналаприл. АИТ выявлен в 2014 г.

ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл от 2016; АТ ТПО – 145 (0-30) МЕ/мл от 2014… .

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 | | |
| 17.08 | 145 | 4,4 | 8,3 | 14 | | 201 | | 2 | 1 | 64 | 30 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.08 | 104 | 4,37 | 1,41 | 1,91 | 1,81 | | 1,3 | 3,9 | 74 | 15,6 | 3,0 | 1,2 | | 0,77 | 0,61 |

17.08.18 Глик. гемоглобин – 7,4%

17.08.18 Анализ крови на RW- взят.

17.08.18 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

17.08.18 К – 4,2; Nа – 145; Са++ - 1,12; С1 - 100 ммоль/л

### 17.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1009; лейк – 8-12 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед.;

21.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 250; эритр - белок – отр

20.08.18 Суточная глюкозурия, суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.08 | 4,2 | 7,2 | 6,9 | 6,6 |  |
| 21.08 | 5,3 | 7,2 | 3,2 | 10,1 | 4,7 |
|  |  |  |  |  |  |

20.08.18. Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 5), Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, цереброастенический с-м,

20.08.18 Окулист: VIS OD=0,3 cyl -1.0 D ax 90⁰=0.7 ; OS=0,4; cyl -1.0 D ax 90⁰=0.7 Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, вены расширены, полнокровны, сосуды извиты, невыраженный ангиосклероз, Салюс II, микроаневризмы, твердые эксудаты. В макуле друзы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия ОИ.

16.08.18 ЭКГ: ЧСС – 80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

23.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст .

17.08.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к несколько повышено. Тонус крупных артерий н/к умеренно повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к по-видимому повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

22.08.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диаб. ангиопатии артерий н/к. Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голени с 2-х сторон.

16.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,6 см3; лев. д. V = 6,8 см3

Перешеек – 0,27 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородна.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, мефармил, Эналаприл, Диалипон, витаксон, асафен, торадив, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах целевых значений, уменьшились боли в н/к. 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 44-46 ед., п/уж -16-18 ед.,
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2 р/сут. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. 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.
11. Рек. невропатолога: неогабин 75 мг по 1т \*2 р/д 1 мес., нуклео ЦМФ по 1т \*2р/д 1 мес., медотилин 1000 мг в/в кап. №10.
12. УЗИ щит. железы 1 раз в год, контроль ТТГ 1 раз в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.