#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 384

##### Ф.И.О: Менькина Галина Михайловна

Год рождения: 1941

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудное ул. Комсомольская 13-33

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 15.03.18 по 26.03.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. ДЭП II ст, сочетанного генеза, церебрастенический с-м, вестибуло-атактчиеский с-м. Смешанный зоб II ст, узлы обеих долей и перешейка. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, постинфарктный (без даты) кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН II А. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног, снижение чувствительности в н/к, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки н/к, одышка при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (амарил, сиофор) С 2015 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з-26 ед., метамин 1000 мг 1т веч. Гликемия –8,0-12,0-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 04.2017г. 07.2017 длительно незаживающая рана на левой голени. 2007 – холецист эктомия, 2011 - пластика вентральной грыжи. 2013 – экстирпация матки с придатками. 1986 – оперирована по поводу многоузлового зоба. Принимает лопирин 75 мг, эналаприл 10 мг 2р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.03 | 137 | 4,2 | 76 | 40 | 2 | 1 | 62 | 31 | 4 |
| 21.03 |  |  |  | 36 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.03 | 55,3 | 5,9 | 1,78 | 1,87 | 3,21 | 2,2 | 5,8 | 100 | 15,5 | 4,0 | 2,6 | 0,35 | 0,22 |

16.03.18 Глик. гемоглобин – 9,1%

16.03.18 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

16.03.18 К –4,3 ; Nа –137 Са++ -1,2 С1 - 105 ммоль/л

19.03.18 Проба Реберга: креатинин крови-102 мкмоль/л; креатинин мочи- 7700 мкмоль/л; КФ- 126,0мл/мин; КР- 98,4 %

### 16.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. – 1-2 в п/зр

19.03.18 Суточная глюкозурия –0,59 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.03.18 Микроальбуминурия –66,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.03 | 7,7 | 8,9 | 7,7 | 7,7 |  |
| 18.03 | 8,5 | 8,3 | 10,8 | 10,7 |  |
| 21.03 | 7,7 | 11,6 | 8,1 | 8,9 |  |
| 24.03 |  | 11,3 |  |  |  |
| 26.03 |  |  |  |  |  |

21.03.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДЭП II ст, сочетанного генеза , церебрастенический с-м, вестибуло-атактчиеский с-м. рек: вестибо 24 мг 2р/д ,сермион 30 мг веч

Окулист- от осмотра отказалась.

22.03.18 ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: от смотра отказалась .

20.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Вправимая

22.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

15.03.18 ФГ ОГК: без патологии

15.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,9см3; лев. д. V = 13,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная. В пр доле в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,23\*0,83 см.В перешейке такой же узел 2,55 \* 1,49 В левой доле конгломерат таких же узлов 2,85\*2,33 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Узлы обеих долей и перешейка

Лечение: Инсуман Базал, метамин, эналаприл, лоспирин, тио-липон, милдракор, торадив, индапрес, бисопролол

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированых значений, гипергликемия после завтрака связана с погрешностью в питании, уменьшились боли и отеки в н/к. АД 120-140/80 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 <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-28-30 ед.,

Метформин(метамин, диаформин сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет) 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, бисопролол 1,25-2,5 мг утром, лоспирин 75 мг веч Контр. АД, ЧСС. При отёках н/к трифас 10 мг 1т натощак 2-3р/нед.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес. келтикан 1т 3р/д 1 мес, вестибо 24 мг 2р/д ,сермион 30 мг веч 1 мес
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в год. ТАПБ узлов с послед. конс. эндокринолога. Диета богатая йодом.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.