#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 430

##### Ф.И.О: Пашко Валентина Ильинична

Год рождения: 1952

Место жительства: К-Днепровский р-н, г. Каменка-Днепровская ул. Советская 245-1

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 30.03.16 по 14.04.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый средней тяжести, декомпенсация (глюкокортикоидиндуцированный сахарный диабет). Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Деструкция стекловидного тела ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м, цефалгический с-м, железодефицитная анемия средней степени. Вирусный гепатит В с исходом в цирроз.(Child B). Панцитопения. Многоузловой зоб 1. Эутиреоз. Индуцированная хроническая надпочечниковая недостаточность средней тяжести, декомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, боли в коленных сустава, никтурия до 1-2 р за ночь

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г на фоне патологии печение и приема глюкокортикоидов. Комы отрицает. В 2010 на фоне приема глюкокортикоидов по поводу цирроза печени назначена инсулинотерапия. Инсулин принимала с 2010 по 2014 и с 03.2016. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 20ед., п/у- 15ед. Гликемия – 12,2-10,0ммоль/л. НвАIс -4,2% от 17.03.16 . Последнее стац. лечение в 2010г. Боли в н/к с начала заболевания. В настоящий момент принимает по поводу патологии печени преднизолон 20 мг\сут. По поводу патологии печени пациентка наблюдается и лечится в Мюнхенской клинике. В 03.2010 оперативное лечение по поводу сг кишечника. ТТГ от 28.01.16 <0,01 Na 142 ммоль\л К – 3,6 ммолоь\л. В 2000 произведена субтотальная резекция правой доли щит. железы по поводу узлового зоба. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

31.03.16 Общ. ан. крови Нв –89 г/л эритр –2,9 лейк –4,5 СОЭ – 19мм/час тромб - 90

э- 2% п- 0% с-63% л29- % м- 6%

11.04.16 Общ. ан. крови Нв –87 г/л эритр –2,7 лейк –3,7 СОЭ – 15 мм/час тромб - 100

э- 1% п- 1% с- 63% л- 29 % м- 6%

31.03.16 Биохимия: СКФ –85 мл./мин., хол – 5,0тригл -1,38 ХСЛПВП -1,9ХСЛПНП – 2,5Катер -1,6 мочевина –6,7 креатинин –72 бил общ –45,2 бил пр –11,6 тим – 10,7 АСТ – 0,50 АЛТ – 1,07 ммоль/л;

13.04.16 бил общ -33,6 АЛТ 45 АСТ 42 ГГТ -403 ЛФ- 176 бил пр -15,2 непр бил 18,4 белок общ 67,7

05.04.16Св.Т4 - 19,0 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

05.04.16 Витамин В 12 – 332,9 ( 145,0-569)

31.03.16 Анализ крови на RW- отр

01.04.16 К –3,99 ; Nа –145 Са – 2,15 ммоль/л

### 31.03.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 8-9 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. ед- в п/зр

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

04.04.16 Суточная глюкозурия –2,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 08.04.16 Микроальбуминурия –221,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 31.03 | 7,2 | 13,2 | 19,7 | 19,1 |
| 02.04 | 4,3 | 13,1 | 13,5 | 15,5 |
| 05.04 | 4,7 | 10,5 | 13,8 | 18,1 |
| 08.04 | 6,8 | 10,9 | 20,0 | 17,0 |
| 11.04 | 5,7 | 4,8 | 7,5 | 10,9 |
| 12.04 |  |  |  | 8,0 |

30.03.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

30.03.16Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,4 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Помутнение в стекловидном теле ОД. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Деструкция стекловидного тела ОИ.

30.03.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

04.04.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

05.04.16ЭХО КС: КДР- 5,1см; КСР-3,2 см; ФВ- 67%; просвет корня аорты -3,0 см; ПЛП - 4,0см; МЖП – 1,27 см; ЗСЛЖ 1,3 см; ППЖ- 2,8см; По ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, дилатации ЛП, регургитации 1 ст на МК и ТК, склеротических изменений створок МК, АК. Взаимоотношение камер сердца не нарушено. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

31.03.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.04.16 Гематолог: железодефицитная анемия средней степени.

31.03.16РВГ: Нарушение кровообращения справа –Iст, слева – норма, тонус сосудов N.

31.03.16Осмотр асс.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый средней тяжести, декомпенсация (глюкокортикоидиндуцированный сахарный диабет). Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Деструкция стекловидного тела ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м, цефалгический с-м, железодефицитная анемия средней степени. Вирусный гепатит В с исходом в цирроз.(Child B). Панцитопения. Многоузловой зоб 1. Эутиреоз. Индуцированная хроническая надпочечниковая недостаточность средней тяжести, декомпенсация.

30.03.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,7см3; лев. д. V =8,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и множественные расширенные фолликулы до 0,4 см. В пр доле у перешейка гидрофильный узел 12\*0,66 см с изоэхогенными включениями. Такой же узел в с/3 р доли 0,74 и 0,75 см. В лев. доле у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,8 \*0,7 см с пристеночными кальцинатами. В с/3 левой доли гидрофильные узлы 0,87\*0,55 см и 0,75 \*0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культя правой доли. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Генсулин R, Генсулин Н, преднизолон, дикрестол, пантопрозол.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога, кардиолога, гематолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-48-50 ед., п/уж -16-18 ед.,

Генсулин R п/з 12-14ед, п/у 16-18 ед.

При уменьшении дозы преднизолона и возможной отмене снижение дозы инсулина под контролем гликимического профиля.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
4. Рек. гематолога: тардиферон 2т./д. 1р/д 2 мес. затем 1т \сут 3 мес., наблюдение по м\ж
5. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10.
6. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, трайкор 1т 1р/доптикс форте 1т 1р\д
7. УЗИ щит железы 1р в 6 мес Контроль ТТГ, Т4св в динамике через месяц.
8. Рек гастроэнтеролога: преднизолон 20 мг 1-0-0 при этом частый лабораторный контроль, при уменьшении параметров печени пошаговое ( шаг 5 мг) снижение дозировки вплоть до поддерживающей дозы 5 мг. пантопрозол 40 мг 1р\сут. Dekristol 20000 ИЕ 1р/нед подкожно. Контрольная колоноскопия ч/з 5 лет контрольная эзофаго-гастро-дуоденоскопия ч/з 3 мес.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.