#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1057

##### Ф.И.О: Коржикова Елена Васильевна

Год рождения: 1974

Место жительства: Токмакский р-н. г. Молочанск, ул.Крупская 86.

Место работы: н/р

Находился на лечении с 25.07.17 по 07.08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметрическая полинейропатия н/к сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия I ст, церебро-астенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии , 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия. Перикардиальный выпот. СН 0. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щитовидной железы, гипотиреоз средней тяжести в ст. декомпенсаци. Стеатогепатит.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, судороги, онемение в н/к, пекучие боли в стопах, потерю в весе на 2 кг за последние 2 мес, выраженную слабость, снижение работоспособности, вялость, сонливость, периодически дискомфорт в области шеи, повышение АД макс. до 180/110 мм рт.ст., боли в области локтевого сустава и походу тыла предплечья и кисти.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Отмечала диабетические жалобы с начала заболевания, при обращении к гастроэнтерологу выявлена гипергликемия 15,0 ммоль/л. С момента выявления заболевания принимала ССТ: диапирид, глюкофаж, затем диапирид был заменен на диабетон MR . С 2015 г в связи декомпенсацией была переведена на инсулинотерапию. Получала Генсулин Н п/з 22-24 ед+ Диапирид 4 мг вечером. Со слов в 2016 г обращалась к эндокринологу, диапирид был отменен, в последующем и в настоящее время принимала Генсулин Н п/з 30 ед, п/у 10 ед, Глюкофаж 1000 мг вечером. От 26.07.17 Гликир.гемоглобин -9,8%. Последнее стац.лечение в 2015 г. С 2-13 г. выявлен АИТ, гипотиреоз. Принимает эутирокс 150 мкг/сут. Осенью 2016 г- ТТГ 24,0. АТ-ТПО 357.5 МЕ/мл (2013г). Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 мг утром. В 2005 г -ЛХЭ по поводу ЖКБ. В 2-13 г –ЯБЖ, ассоциир. c H. Pylopi. Наблюдается у гастроэнтекролога. 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 |
| 26.07 | 140 | 4,2 | 6,5 | 30 | 1 | 2 | 69 | 25 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.07 | 92 | 6,27 | 2,31 | 1,01 | 4,2 | 5,2 | 2,6 | 86 | 22,3 |  | 1,9 | 0,53 | 0,85 |
| 31.07 |  |  |  |  |  |  |  |  | 10,6 | 2,9 | 1,08 | 0,76 | 1,07 |

28.07.17 ТТГ-25,2 Мме/л (0,3-4,0)

26.07.17 К – 4,0 ; Nа –139 Са++ -1,15 С1 - 106 ммоль/л

### 26.07.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 2-3-4 в п/зр эр-1-2 в п/з белок – 0,039 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; слизь на все п/з, моч. кислота на все п/з, ураты на 1/3 п/з

01.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500- эритр - белок – отр

28.07.17 Суточная глюкозурия – 2,0; Суточная протеинурия – 0,032

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.07 | 12,6 | 13,5 | 10,2 | 11,3 |
| 27.07 |  |  | 12,9 | 17,6 |
| 28.07 | 12,3 | 14,8 |  |  |
| 31.07 | 8,1 | 11,8 | 9,1 | 13,0 |
| 01.08 |  |  | 12,1 |  |
| 02.08 | 5,8 | 6,9 | 11,6 | 8,8 |
| 04.08 | 5,6 |  | 6,8 | 8,4 |

02.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия I ст, церебро-астенический с-м. келтикан 1т 3р\д., актовегин 5,0 в/в кап

26.07.17 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 1,0 оптические среды прозрачны Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а: в 1:2. Сосуды умеренно извиты. В макуле б/о.

25.07.17 ЭКГ: ЧСС-60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

29.07.17 ЭХО-КС : Митральная регургитация до 1 ст. Дополнительная хорда ЛЖ. Незначительный выпот в перикарде до 100 мл. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. ФВ-68%.

28.07.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II ст 3 степени. Гиперетензивное сердце СН 1 риск 4.

Лозап 50 мг утром. Дообследование: ЭХО КС

04.08.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии , 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия. Перикардиальный выпот. СН 0. Р-но: контроль ЭХО-КС через 3-4 нед.

26.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Р-но: наблюдение невролога, ангиохирурга, конс. травсатолога, артролога, МРТ пр. локтевого сустава, УЗИ ОБП в плановом порядке.

29.07.17 Гастроэнтеролог (доц. Олейник А.И) Д-з: стеатогепатит. Р-но: бетаргин 1 амп \* 2-3 р после еды до 3-х мес 2 р/год, трайкор 145 мг /сут, контоль липидограммы ч/з 2 мес + печен. пробы. УЗИ ГПБС 1 р/год.

28.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий правой н/к умеренно повышено, слева наруение кровотока 1 ст. Тонус крупных артерий н/к умеренно повыен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к незначительно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

04.08.17 УЗИ ОБП и почек: Закл. Эхопризнаки диф. изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2 ст, диф. изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита.

25.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,5 см3; лев. д. V = 4,4 см3

Перешеек 0,4 см. Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена, эхоструктура крупнозернистая с прослойками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диета №9, Генсулин Н, Генсулин R, глюкофаж, диалипон турбо в/в кап №10, витаксон 2,0 в/м №10, хипотел 80 мг, лоспирин 75 мг, эутирокс 200 мкг, бисопролол 2,5 мг, диалипон 300 мг 2 капс. физиолечение.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшилась слабость, сухость во рту, жажда не беспокоит, несколько уменьшились боли в н/к, АД 120/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, гастроэнтеролога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з 46 -48 ед, п/у 22-24 ед, Генсулин R п/з 6ед п/у 4-6 ед
4. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
6. Гиполипидемическая терапия : трайкор 145 мг 1 т 1р/д. с контролем липидограммы. через 2-3 мес
7. Гипотензивная терапия: хипотел 80 мг утром, бисопролол 2,5 мг утром, кардиомагнил лоспирин 75 мг 1 т. вечер. трифар 10 мг 1 в нед. Контр. АД, ЧСС
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1 т 3р/д – 1 мес, келтикан 1 к 3 р/д -1 мес.
9. Соблюдение рекомендаций гастроэнтеролога
10. МРТ прав. локтевого сустава в плановом порядке по м/ж с послед. конс. артролога/травматолога.
11. Контроль СОЭ по м/ж
12. ЭХО-КС через 3-4 нед, с послед. конс.кардиолога по м/ж.
13. УЗИ щит.железы. 1 раз в год, эутирокс 200 мкг/сут утром натощак за 20-30 мин до еды и приема медикаментов, контроль ТТГ через 6-8 недель с послед. конс. эндокринолога по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Гл. врач Черникова В.В.