#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 467

##### Ф.И.О: Голякова Наталья Григорьевна

Год рождения: 1953

Место жительства: Приморский р-н, г. Приморск ул. Линченко 10

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 28.03.17 по 07.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, впервые выявлений. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит гипертрофическая форма, гипотиреоз средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. ИБС, диффузный кардиосклероз, митральная регургитация 1 ст . СН 0. Гиперметропия сл. степени ОИ. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Хронический панкреатит в ст. обострения с нарушением ферментативной функции. Хр. гастрит вне обострения. Хр. пиелонефрит в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, снижение веса на 9 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, онемение ног,

Краткий анамнез: СД выявлен в 02.2017г. при обращении за медпомощью в Приморскую ЦРБ, уровень гликемии – 22 ммоль\л. Принимала ССТ -дуглимакс, госпитализирована в х/о Приморской ЦРБ с диагнозом тромбофлебит н/к, где назначен Хумодар Р100Р. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 4ед., п/о- 6ед., п/у-4 ед., Гликемия –12 ммоль/л. НвАIс – 12,2 % от 07.02.17. АИТ, гипертрофическая форма. Гипотиреоз выявлен в 2013, постоянно принимает эутирокс 50 мкг/сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для назначения инсулинотерапии.

Данные лабораторных исследований

29.03.17 Общ. ан. крови Нв 153– г/л эритр –4,5 лейк –10,4 СОЭ – 9 мм/час

э- 5% п- 4% с- 60% л- 23 % м- 8%

29.03.17 Биохимия: СКФ –60,5 мл./мин., хол –5,0 тригл -0,98 ХСЛПВП -1,8 ХСЛПНП -2,75 Катер -1,8 мочевина –4,3 креатинин – 74,8 бил общ –12,9 бил пр –3,0 тим –6,4 АСТ – 0,11 АЛТ – 0,36 ммоль/л;

31.03.17ТТГ – 8,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 884,4 (0-30) МЕ/мл

### 30.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1029 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед; эпит. перех. - ед в п/зр

04.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 21500 эритр -500 белок – отр

30.03.17 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.03.17 Микроальбуминурия –44,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.03 | 5,3 | 10,2 | 12,9 | 11,2 |  |
| 01.04 | 5,1 | 3,4 | 7,8 | 4,4 | 3,5 |
| 02.04 | 7,0 | 7,4 | 10,3 | 3,7 | 6,6 |
| 04.04 | 6,2 | 10,8 | 4,6 | 3,4 |  |
| 06.04 | 5,2 | 7,6 | 4,3 | 6,7 |  |

29.03.17Невропатолог: дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м

04.04.17 Окулист: VIS OD= 0,3сф + 1,5 =1,0 OS= 0,5сф +1,0=1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды неравномерно сужены, слегка извиты. Не выраженный ангиосклероз В макулярной области без особенностей Д-з: Гиперметропия сл. степени ОИ

28.03.17 ЭКГ: ЧСС -57 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

04.04.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, митральная регургитация 1 ст . СН 0

01.04.17 ЭХО КС: Уплотнение АО и АК. Митральная и трикуспидальная регургитация 1 ст. Дополнительная хорда ЛЖ. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

05.04.17 Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Хронический панкреатит 1 ст обострения с нарушением ферментативной функции. Хр. гастрит вне обострения.

05.04.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; опущение желчного пузыря, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника.

28.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,9 см3; лев. д. V =7,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры бугристые. Эхогенность паренхимы значительно снижена. Эхоструктура неоднородная – прослойки фиброза. В обеих долях множественные структуры до 0,7 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, эутирокс, офлоксацин, луцетам, нуклео ЦМФ, эутирокс, диаформин, предуктал MR, кокарнит.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Больной назначена инсулинотерапия п/з в комбинации с диаформином.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-16 ед.

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) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. 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.
5. Эутирокс 75 мкг утром натощак. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Рек гастроэнтеролога: гепавал 1т 3р\д 1 мес, смарт омега 1к 1р/д, пангрол 10тыс, 3р\д во время еды, гастронорм 2т 2р/д за 30 мин до еды 2 нед, Повторный осмотр .
7. Офлоксацин 400 1т 2р/д ,флуконазол 50 мг. до 10 дней. Контроль ОАК, ОАМ.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В