#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 695

##### Ф.И.О: Хмелевская Виктория Владимировна

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Запорожье ул. Автозаводская 60/178

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.05.17 по 22.05.17 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб II узлы обеих долей. Гипотиреоз, легкая форма, компенсация. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза, дисметаболическая гипертоническая, цереброастенический с-м. Миопия ср степени ОИ. Слабый миопический астигматизм ОИ. Начальная катаракта ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.Неполная блокада ПНПГ СН 1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли. гипогликемические состояния 1-2 р\мес при погрешностях в диетотерапии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-32 ед., п/у-14 ед., Генсулин R п/з 10 ед, п/у 6ед. Гликемия –8-18 ммоль/л. НвАIс – 10,6. % от 14.06.16. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к с начала заболевания в течение 5 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает индап, бисопролол. Смешанный зоб с 2008. 23.05.14 ТАПБ – цитологическая картина пунктатов соответствует узловому зобу с очаговой оксифильной метаплазией и очаговой атипией клеток фолликулярного эпителия. 14.03.16 ТТГ- 9,95 АТТПО 13,3 от 06.2014. Ранее принимала эутирокс. В течение последних 2 мес прием эутирокса самостоятельно отменила. Учитывая характеристики узла пациентке неоднократно предлагалось проведение ТАПБ повторно (категорически отказывается). В 2014 консультирована хирургом эндокринологом, рекомендовано оперативное лечение по поводу смешанного зоба в отд трансплантологии и эндокринной хирургии, пациентка категорически отказалась. 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 |
| 12.05 | 139 | 4,2 | 6,4 | 43 | 1 | 1 | 60 | 36 | 2 |
| 16.05 | 132 | 4,0 | 5,2 | 33 | 1 | 1 | 65 | 31 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.05 | 86,6 | 6,4 | 1,55 | 1,79 | 3,9 | 2,6 | 4,5 | 81,4 | 10,0 | 2,5 | 2,5 | 0,32 | 0,75 |

12.05.17 ТТГ – 4,1 (0,3-4,0) Мме/мл

12.05.17 глик. гемоглобин 9,5%

### 12.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ум эпит. перех. - ед в п/зр

16.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

15.05.17 Суточная глюкозурия – 0,68%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.05.17 Микроальбуминурия –84,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.05 | 5,9 | 10,8 | 8,8 | 9,9 |
| 15.05 | 6,8 | 9,5 | 5,5 | 5,8 |
| 17.05 | 5,8 | 6,9 | 8,5 | 8,1 |

11.05.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза, дисметаболическая гипертоническая, цереброастенический с-м.

12.05.17 Окулист: VIS OD=0,05-5,0=0,5 OS= 0,05сф – 4,0=0,5 Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: асимметрия ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 справа вены широкие, слева 2:3, справа вены широкие неравномерного калибра, стенки вен утолщены, уплотнены, слева – сосуды сужены извиты вены уплотнены. ОИ –астигматизм Салюс 1ст. Единичные микроаневризмы. В макулярной области без особенностей Д-з: Миопия ср степени ОИ. Слабый миопический астигматизм ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.05.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия ЛЖ

12.05.17 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.Неполная блокада ПНПГ СН 1. р

16.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

15.05.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПББА слева 30-32% Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,0см3; лев. д. V = 10,7 см3

По сравнению с УЗИ от 05.2015. размеры щит. железы уменьшились. Топографо-анатомическое соотношение с мышцами и органами шеи не изменено. Контры железы ровные. Капсула уплотнена, без динамики, Гипоэхогенный узел справа у заднего контура 2,63\*1,63 – роста нет (был 2,63\*2,02) ТАПБ в 2014 –узловой зоб с оксифильной метаплазией и очаговой атипией в сочетании с АИТ, была рекомендованная повторная ТАПБ по мере роста узла, роста узла нет, но УЗ характеристика его таковы, что желательна повторная ТАПБ. В в/3 левой доли такой же узел 0,66\*0,56- несколько больше (был 0,56\*0,48), желательна ТАПБ, кольцевая структура типа узла слева у переднего контура 0,61 см. Сосудистой рисунок паренхим узла в режиме ЦДК не усилен, симметричен. Регионарные л/узлы визуализируются слева до 0,44, справа до 0,45. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы по типу АИТ, Узлы обеих долей.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, метфогамма, бисопролол, кассарк, диалипон турбо, витаксон, мексикор, луцетам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 32ед., п/уж -14 ед., Генсулин Р п/з 10 ед, п/у 6 ед

Метфогамма (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
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. Рек кардиолога: небивалол 5 мг 1р\д, нолипрел форте 1т веч, физиотенс 0,2 мг веч при недостаточном снижение АД.
6. ТАПБ узлов щит. железы (проведена беседа о возможном риске при дальнейшем отказе от проведения ТАПБ узлов, учитывая УЗИ характеристики, характеристики цитологической картины пунктатов от 05.2014) В настоящее время пациентка категорически отказывается от проведения ТАПБ, конс. хирурга эндокринолога. УЗИ щит. железы через 6 мес, Контр ТТГ, АТТГ через 1-2 мес, при необходимости к лечению добавить L-тироксин.
7. Конс. хирурга-эндокринолога (в настоящее время отказывается)
8. Контроль ОАК в динамике.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.