#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1487

##### Ф.И.О: Ястребкова Татьяна Леонидовна

Год рождения: 1968

Место жительства: Васильевский р-н, г. Васильевка ул. 8 Марта 77-10

Место работы: ООО "Васильевка -агро", весовщик, инв Ш гр

Находился на лечении с 25.10.17 по 06.11.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст .Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма .Зоб Iст.Эутиреоз. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Вертеброгенная люмбалгия ремитирующее течение. Неалкогольная жировая болезнь печени . Хронический панкреатит в стадии обострения в нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический гастродуоденит в стадии обострения. Грыжа ПОД 1 ст. H-pylori - отр ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

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, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-32 ед., п/у-20-22 ед. Гликемия – 13,7-18ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 13 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р/д. АИТ. Эутиреоз с 2015. ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –304 (0-30) МЕ/мл от 2015. 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 |
| 26.10 | 164 | 4,9 | 5,8 | 26 | 0 | 1 | 56 | 41 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 26.10 | 78,7 | 6,24 | 1,6 | 1,38 | 4,12 | 3,5 | 5,7 | 80 | 15,2 | 3,4 | 3,2 | 0,14 | 0,26 |

27.10.17 Глик. гемоглобин – 17,0%

27.10.17 ТТГ –0,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 165,2 (0-30) МЕ/мл

26.10.17 К 4,98– ; Nа – 132,2 Са++ -1,09 С1 - 100 ммоль/л

30.10.17 Коагулограмма: ПТИ – 107,1 %; фибр –3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0

### 26.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1028 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

31.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750 эритр - 250 белок – отр

31.10.17 Суточная глюкозурия – 2,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 02.10.17 Микроальбуминурия – 70,8мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.10 | 11,9 | 16,2 | 9,1 | 11,2 |
| 27.10 | 7,3 | 12,9 | 14,9 | 13,0 |
| 28.10 | 9,2 | 6,6 | 10,0 | 7,6 |
| 30.10 | 7,3 | 6,8 | 5,8 | 16,6 |
| 31.10 | 3,8 | 8,5 | 7,3 | 7,6 |
| 01.11 | 4,5 |  |  |  |
| 03.11 | 4,2 | 5,8 | 9,3 | 9,3 |
| 04.11 | 5,8 |  |  |  |

27.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м, цефалгический с-м. Вертеброгенная люмбалгия ремитирующее течение.

30.10 17Окулист: VIS OD= 0,5сф +1,0=0,9-1,0 OS= 0,8

Сосуды широкие, извиты, вены полнокровны, с-м Салюс 1 ст, не выраженный ангиосклероз, микроаневризмы, микрогеморрагии Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.10.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый,. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

27.10.17Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф. кл. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

27.10.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

30.10.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Грыжа ПОД 1 ст.

03.11.17Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени . Хронический панкреатит в стадии обострения в нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический гастродуоденит в стадии обострения. Грыжа ПОД 1 ст. H-pylori - отр.

26.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

02.11.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии слева 25-29%, задней ББА слева 27-31%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.11.17 ФЭГДС: рефлюкс эзофагит. Грыжа ПОД 1-II ст

30.10.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы.

25.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,5 см3; лев. д. V =6,7 см3

Перешеек –0,5 см. Щит. железа увеличена, контуры фестончатые.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP , Фармасулин Н ,тридуктан омепразол ,холелесосан ,дефинорм ,пангрол ,гастронорм , эналаприл, эспа-липон, витаксон, тивортин, пирацетам.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-34-36 ед. ,Фармасулин Н п/з-4-6 ед., п/уж -18-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами (После лечения назначенного гастроэнтерологом).
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, эналаприл 10-20 мг. Контроль АД
8. 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.
9. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга, УЗД МАГ, неогабин 75 мг 2р/д 1 мес, келтикан 1т 3р/д, 1 мес
10. Контроль ОАК в динамике. При показаниях подложить дообследования у семейного врача по м/ж.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес
12. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, омепразол 20 мг 1т 2р/д за 20 мин до еды 2-4 нед. дефинорм 1к 4р/д 2-3 мес. пангрол 10 тыс 3р/д во время еды 1 мес ,гастронорм 2т 2р/д за 30 мин до еды 2-4 нед..
13. Б/л серия. АДГ № 6716 с 25 .10.17 по 06.11.17. к труду 07.11.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В