#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1518

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

Год рождения: 1955

Место жительства: Токмакский р-н, с. Новопрокоповка ул. Комсомольская 66

Место работы: КП «Городской рынок» ТГС, бухгалтер

Находилась на лечении с 01.11.17 по 14.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием. узлы обеих долей, эутиреоидное состояние. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Эндокринная офтальмопатия легкой степени, неактивная фаза ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Дисциркуляторная энцефалопатия 1ст, церебрастенический с-м ПХЭС: хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, общую слабость, быструю утомляемость, учащенный диурез, выраженные боли в н/к, усилившиеся в течение последних 3х мес., судороги, онемение рук и ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., першение в горле, чувство дискомфорта в области шеи, чувство кома в горле при глотании, периодически боли в проекции поджелудочной железы и в эпигастрии.

Краткий анамнез: Считает себя больной около 15 лет, отмечалось повышение гликемии натощак 7,0-7,3 моль/л., за медпомощью не обращалась. С 2012 принимает ССТ: глюкофаж 500 мг 2р/д, Диабетон MR 120 г утром. комы отрицает. В наст. время принимает: Диабетон MR 120 мг утром, глюкофаж 1000 веч. Гликемия –15,0-18,0 ммоль/л. НвАIс – 10,1 % от 20.10.17 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте 1т утром. Язвенная болезнь ЛДПК с 2003, оперированна в связи со стенозом привратника (рубцовая деформация ЛДПК) – Бильрот -2, холецистэктомия (ЖКБ). Узловой зоб с 2016. Осмотрена урологом по м/ж, в связи с лейкоцитурией в течение 2х дней принимает норфлоксацин 1т 2р/д, канефрон 1т 3р/д, фурамаг 1к 3р/д. 19.10.17 ФЭГДС – неоплазия в/3 тела желудка?, взята биобсия.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 02.11 | 154 | 4,6 | 5,2 | 8 | 2 | 2 | 54 | 38 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 02.11 | 83,8 | 5,0 | 1,8 | 1,38 | 2,79 | ,6 | 4,3 | 69 | 15,0 | 3,0 | 1,9 | 0,14 | 0,33 |

02.10.17 Глик. гемоглобин -11,3 %

03.11.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 68,8(0-30) МЕ/мл

02.10.17 К – 5,01 ; Nа –140 Са++ -1,25 С1 - 99 ммоль/л

### 02.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

09.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

03.11.17 Суточная глюкозурия – 0,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 02.10.17 Микроальбуминурия –24,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.11 | 10,3 | 11,1 | 8,8 | 5,9 |
| 05.11 | 8,1 | 7,9 | 9,7 | 6,4 |
| 07.11 | 8,7 | 9,9 | 6,2 | 9,0 |
| 09.11 | 5,9 |  |  |  |

09.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Дисциркуляторная энцефалопатия 1ст, церебрастенический с-м. С-м Паркинсона? Рек:МРТ головного мозга, треморография в/к, а-липоевая кислота 600 в/в, келтикан 1т1/д 1 мес, актовегин10,0 в/в № 10

10.11.17 Окулист: VIS OD= 0,6 н/к OS= 1,0 Факосклероз. Гл. дно: А:V 1:2 артерии сужены, вены расширены, полнокровны, неравномерного калибра. С-м Салю 1-IIст. В макуле б/о Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Эндокринная офтальмопатия легкой степени. неактивная фаза ОИ.

01.11.17 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

13.11.17ЭХОКС: Уплотнение стенок АО. Гипертрофия ЛЖ, структурные изменения миокрада. ЗСЛЖ с умеренно гипокинезией ЗСЛЖ,ДДЛЖ 1 типа.ФВ-51.78%

25.10.17 УЗИ мочевого пузыря: эхопризнаков органической патологии и нарушения уродинамики не выявлено .

10.11.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

02.11.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева 1,0– . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

06.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

10.11.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

02. 11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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 сохранена. Нарушение кровообращения 1-2 ст с обеих сторон.

20.10.17 Гистологическое заключение: фрагменты слизистой желудка с очаговой атрофией 1 ст с поверхностными эрозиями. В одном из участков определяется очаговая дисплазия эпителия желез с формированием «крибриформных структур». Рекомендована повторная биопсия из патологического очага для достоверного установления возможной малигнизации. Нр-.

06.11.17 ФГДЭС(повторно):состояние после операции: резекция 2/3 желудка по Бильрот-2, внурипросветной патологии не выявлено. Уреазный тест- H. pylori – отр.

13.11.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз и лечение согласовано

01.11.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4 см3; лев. д. V =6,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами 0,35 см. В пр доле в/3 гидрофильный узел 0,83\*0,64 см. В левой доле в /3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,0\*1,3. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Диабетон MR, глюкофаж, нолипрел форте, тиогамма турбо, тиворин, нуклео ЦМФ, нофлоксацин, фурамаг, канефрон, физиолечение.

Состояние больного при выписке: гликемия и цифры АД в пределах целевого уровня, сухость во рту не беспокоит, уменьшилась общая слабость, боли и онемение в н/к несколько уменьшились.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг по 2 таб за 30 мин до завтрака
4. Глюкофаж 1000 1т 2р/д или глюкофаж ХR 1000 2 таб утром
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розарт 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: нолипрел форте 1 т утром, лоспирин 75 мг 1т вечером. Контр. АД.
8. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан (нуклео ЦМФ) 1т 3р/д -1 мес, плетол 100 мг 1 т 2р/д-1-2 мес.
9. Контроль ФЭГДС в динамике.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 12 мес. С результатами ТПАБ узла щит.железы конс.эндокринолога по м/ж.
11. МРТ гол.мозга, треморография в/к с послед.конс. невролога.
12. При отсутствии противопоказаний-сан.кур.лечение.
13. Канефрон 2др 3р/д -2 недели
14. Б/л серия. АДГ № 6716662 с 01.11.17 по 14.11.17. к труду 15.11.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В