#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1542

##### Ф.И.О: Гордик Ирина Викторовна

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье, ул Микояна 12-12

Место работы: н/р

Находился на лечении с 06.11.17 по 17.11.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II-Ш ст. С-м диабетической стопы 0 ст. Смешанная форма. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз средней тяжести, состояние медикаментозной компенсации. Метаболическая кардиомиопатия СН I. без систолической дисфункции САГ 1 ст Энцефалопатия II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м, вестибуло-атактический с-м Остеоартроз с поражением т/бедренных, коленных суставов, суставов кистей. Осложненная катаракта ОИ Частичный птоз века OS. хр. пиелонефрит в ст. ремиссии.

Жалобы при поступлении на боли в в/к и н/к, онемение, судороги, одышка при физ нагрузке, сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП:. Диаглизид, диаформин В наст. время принимает: диаглизид 60 мг утром, диаформин 1000 мг 2р/д. Гликемия 10-15 ммоль/л. АИТ, гипотиреоз выявлен в 2008. Постоянно принимает L-тироксин 75 мкг\сут АТТПО – 258 (0-30) МЕ/мл от 2014. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает небивал 5 мг утром. В анамнезе гепатит (1986). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.11 | 135 | 4,1 | 5,2 | 37 | 1 | 3 | 64 | 29 | 3 |
| 15.11 | 129 | 3,9 | 8,1 | 41 | 1 | 4 | 42 | 51 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.11 | 46 | 6,44 | 1,98 | 1,11 | 4,42 | 4,8 | 6,3 | 143 | 11,7 | 2,6 | 10,4 | 0,43 | 0,52 |
| 10.11 | 46,6 |  |  |  |  |  |  | 141 |  |  |  |  |  |
| 14.11 |  |  |  |  |  |  |  | 149,6 |  |  |  |  |  |

07.11.17 Глик. гемоглобин – 7,4%

07.1.117 ТТГ –4,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 523,5 (0-30) МЕ/мл

07.11.17 К – 4,64 ; Nа – 138 Са++ -1,11 С1 -100 ммоль/л

### 07.11.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 8-12 в п/зр белок – 0,37 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

09.11.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6500 эритр - белок – отр

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

08.11.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 09.11.17 Микроальбуминурия –60,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.11 | 9,1 | 11,3 | 10,2 | 11,4 |
| 09.11 | 5,2 | 6,9 | 20 | 8,1 |
| 11.11 | 73 | 10,2 | 3,2 | 6,9 |
| 14.11 | 6,8 | 8,1 | 5,0 | 7,5 |

09.11.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 7), Энцефалопатия II ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м вестибуло-атактический с-м Рек: келтикан 1т 3р/д, 1 мес ,витаксон 1т 2р/д 1 мес, нейромидин 1т 2р/д 1мес

13.11.17 Окулист: VIS OD=0,6 н/к OS= 0,6 н/к ; В хрусталиках очаговые уплотнения

Гл. дно: А:V 1:2 артерии сужены, Вены неравномерно калибра, с-м салюс 1 ст, микроаневризмы, ед. микрогеморрагии. Рефлекс в макуле сглажен. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ Осложненная катаракта ОИ Частичный птоз века OS

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

10.11.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I. без систолической дисфункции. САГ 1 ст

Рек. кардиолога: небивал 2,5-5 мг 1р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

10.1.117 ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), по 1типу регургитации на ТК, склеротических изменений створок ТК МК, взаимоотношение камер не нарушено, систолическая функция сохранена

10.1.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Вторичный ангиотрофоневроз н/к. Рек Этсет 20,плестол 100 мг 1р/д

15.11.17 осмотр доц Медвечук ЕЯ. Остеоартроз с поражением т/бедренных, коленных суставов, с-вов кистей на фоне основного заболевания .Рек при болях дексалгин, аркоксия 90 мг 1 нед, затем 60 мг 2 нед. мукосат 2, 0в/м через день 25-30 раз. толперил 150 мг 2р/д 2нед

10.11.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II- Ш стcт. СДС 0 ст смешанная форма .

10.11.17 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом в стадии ремиссии, артериальная гипертензия. (СКФ – 37мл/мин). Рек контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике. Канефрон 2т 3р/д, адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ

13.11.17 Ревматолог: Остеоартроз с поражением т/бедренных, коленных суставов, с-вов кистей. Рек хондропроекторы глюкозамин 1500 мг/сут, хондроитин 100 мг/сут.

07.11.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

09.11.17 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.11.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,6см3; лев. д. V = 4,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с гидрофильными очагами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тризипин, армадин, солкосерил, тиогамма, эналаприл, индапрес, эутирокс, Инсулар Стабил

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90мм рт. ст. пациентка переведена на инсулинотерапию 2р/д., противопоказано назначение препаратов метформина

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з- 14-16ед., п/уж -8-10 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 6 мес.
6. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д , индапрес (индап) 2,5 мг утром, . Контр. АД.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 75мкг/сут.
9. Рек нефролога: канефрон 2т 3р/д. Контроль ОАК , мочи, динамика показателей азотемии
10. Рек. невролога : келтикан 1т 3р/д, 1 мес ,витаксон 1т 2р/д 1 мес, нейромидин 1т 2р/д 1мес
11. Рек ревматолога: при болях дексалгин, аркоксия 90 мг 1 нед, затем 60 мг 2 нед. мукосат 2,0 в/м через день № 25-30, толперил 150 мг 2р/д 2нед

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.