#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1217

##### Ф.И.О: Дука Оксана Геннадиевна

Год рождения: 1973

Место жительства: Пологовский р-н,г. Пологи, пер Речной 11

Место работы: н/р

Находилась на лечении с 04.09.17 по 14.09.17 в диаб. отд. (в ОИТ с 04.09 по 07.09.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние I ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сетчатки ОИ. ХБП I. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Дисметаболическая энцефалопатия 1 ст, цереброастенический с-м, легкий вестибуло-атактический синдром. Ожирение II ст. (ИМТ 36.1 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма., гипотиреоз, средней тяжести, декомпенсация. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН I.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, слабость, головокружения, сонливость, боли и онемение в н/к, судороги в икроножных мышцах, запоры, отеки н/к.

Краткий анамнез: Болеет СД с 2008г, обратилась за мед помощью в 2016. В 2008 на фоне II беременности выявлена впервые глюкоза крови 8,7-9,0 ммоль/л, находилась на диетотерапии (гестационный диабет). В послеродовом периоде сахар крови не контролировала. В 2016г с диабетическими жалобами на сухость во рту, жажду, полиурию была госпитализирована в ЗОЭД с ацетонурией 2+. С 2016 на ССТ: диапиид 4 мг утром, диаформин (сиофор) 850 утром. Гликемия –10-21 ммоль/л. Течение стабильное. Комы отрицает. Последнее стац. лечение в 2016г. Состояние ухудшилось в течение недели, связывает с переутомлением. При поступлении гипергликемия 14,5 ммоль/л, ацетонурия 2+, госпитализирована в ОИТ для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: АИТ, гипотиреоз выявлен в 2016 ( ТТГ – 8,17 (0,3-4,0) Мме/мл; Т4св -0,719 ( 0,73-1,76) АТПО – 595 (0-30) МЕ/мл от 2016), с того времени принимает L-тироксин 25 мк/сут, однако ТТГ не контролировала коррекция дозы не проводилась..Повышение АД около 10 лет, нерегулярно принимает лозап 100 мг, периодически принимала верошпирон.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 04.09 | 129 | 3,9 | 4,3 | 21 | 0 | 1 | 65 | 31 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.09 |  |  |  |  |  |  | 3,2 | 76 | 9,0 | 2,0 | 1,5 | 0,34 | 0,4 |
| 06.09 |  | 6,83 | 2,77 | 0,97 | 4,59 | 6,0 |  |  |  |  |  |  |  |

04.90.17 Амилаза – 8,0

06.09.17 общий белок – 61,0 г/л

08.09.17 ТТГ – 11,3 (0,3-4,0) Мме/мл

04.09.17 Гемогл 4,43; гематокр – 139,2 ; общ. белок – 1,14 г/л; К – ; Nа – ммоль/л

04.09.17 Гемогл – 129 ; гематокр – 0,41 ; общ. белок – 65,5 г/л; К – 4,43 ; Nа –139,2 ммоль/л

05.09.17 К – 4,2 ммол/л

07.09.17 К – 4,07 ; Nа –132,3 Са++ - С1 - ммоль/л

04.09.17 Коагулограмма: вр. сверт. –10 мин.; ПТИ – 97,4 %; фибр –3,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 0

07.09.17 Проба Реберга: креатинин крови- 61мкмоль/л; креатинин мочи- 4510 мкмоль/л; КФ121,8 мл/мин; КР- 98,5%

### 04.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1036 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –3+; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/з

### Ацетон мочи отр с 07.09.17

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

07.09.17 Суточная глюкозурия – 0,94 %; Суточная протеинурия – отр

##### 07.09.17 Микроальбуминурия –101,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.09 | 14,5 | 10,9 | 5,7 | 5,3 | 6,9 |
| 06.09 | 11,4 | 11,3 | 10,3 | 13,1 |  |
| 08.09 | 9,7 | 12,3 | 11,2 | 10,1 |  |
| 10.09 | 8,1 | 7,2 | 7,1 | 10,6 |  |
| 11.09 |  |  |  | 9,3 |  |
| 12.09 | 8,0 | 7,6 |  |  |  |
| 13.09 | 7,5 | 6,3 | 7,0 | 6,0 |  |

04.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Дисметаболическая энцефалопатия 1 ст, цереброастенический с-м, легкий вестибуло-атактический синдром. Р-но: церебролизин 10,0 в/в кап №10, армадин 4,0 в/в кап №10, альфа-липоевая кислота 600 в/в кап №10, келтикан 1 к 3р/д, сермион 30 мг 1т вечер 2 месяца.

04.09.17Окулист Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены, извиты, начальные проявления склероза, неравномерного калибра, вены уплотнены, полнокровны, с-м Салюс 1 ст В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

04.09.17ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

04.09.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Р-но: ивабрадин 5-мг утром, предуктал MR и 2р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж, сут. Мониторинг ЭКГ.

04.09.17 ФГ ОГК№ 420801: без патологии.

06.09.17 На р-р пр. стопы в 2з проекциях без костно-деструктивных изменений.

06.09.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Артрит 1. Плюснефалангового с-ва? Подагрическая артропатия? Р-но: РГ прав. стопы. биохимия крови (ураты), ОАК. При необходимости конс. травматолога, доларен 1т 1 р/д 3-5 дней.

13.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 14.7см3; лев. д. V = 14.7 см3

Перешеек –1,0 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза, Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы, диффузные изменения паренхимы.

Лечение: атоксил, берлитион, эссенциале, ККБ, Фармасулин Н, ново-пасит, эналаприл, Фармасулин НNP, L-тироксин, сермион, Дарроу, стерофундин, реосорбилакт, энтеросгель, бисопролол, сода-буфер, рингер, трисоль, ксилат, аторис, хипотел, витаксон, милдракор, метфогамма.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сухость во рту, жажда, полиурия не беспокоит, несколько уменьшились слабость, боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 20-22 ед., п/уж - 22 ед.,
4. ССТ: диаформин (метамин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.- 1 мес., келтикан 1 к 3 р/д -1 мес, сермион 30 1 т 1 р/д-1 мес.
9. Гипотензивная терапия: Хипотел 80 мг 1 т утром, бисопролол 5 мг 1 т вечером, тридуктан 1 т 2р/д- 1-2 мес, контроль АД,ЧСС.
10. ЭХО-КС в плановом порядке с послед. конс кардиолога по м/ж.
11. Продолжит прием L-тироксина 75 мкг утром натощак за 20-30 мин до приема пищи и медикаментов, контроль ТТГ через 6 недель с последующей конс эндокрилога и коррекций дозы L-тироксина, УЗИ щит. железы 1р. в год.
12. Эссенциале 2 к 3р/д –продолжить прием до 1 мес.
13. Гиполипидемическая терапия: контроль липидограммы после достижения медикаментозной компенсации гипотиреоза и решение вопроса о назначении статинов.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В