#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1223

##### Ф.И.О: Машевская Татьяна Геннадиевна

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Энергодар ул. Набережная 10-134

Место работы: ДП «НАЭК» Энергоатом» ВП ЗАЭС», дезактиваторщик.

Находилась на лечении с 05.09.17 по 14.09.17 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 5, NDS 5). ХБП 1 ст. диабетическая нефропатия Ш. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Многоузловой зоб 1 ст, узлы обеих долей, эутиреоидное состояние Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Энцефалопатия 1 сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. Вертеброгенная торакалгия, люмбалгия в ст ремиссии. ГЭРБ 1 ст рефлюкс эзофагит. Хронический гастродуоденит, H-pylori (+), обострение. Жировая дистрофия печени 1–II ст, Стеатогепаоз.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту прибавку в весе на 4 кг за год, выраженные боли и онемение в н/к, усилившиеся в течение последних 6 мес, ухудшение зрения, слабость, утомляемость, сонливость повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе., одышку при ходьбе на 3-й этаж периодические тупые боли в обл. сердца, периодические боли в эпигастрии и правом подреберье при погрешности в питании,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г.связывает с наследственностью, стрессами, выявлен во время стац лечения в т/о по м/ж (гипергликемия 12,0 ммоль/л). Течение заболевания стабильное.. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП: диаформин 500 1т 2р/д, затем 850 мг 2р/д (т.к. на фоне терапии глик гемоглобин был 6,7% от 23.09.15) . В наст. время принимает: диаформин 850 1т 2р/д Гликемия –8,0-12,0ммоль/л. НвАIс – 7,5 % от 22.08.17. Госпитализирован в обл. энд. диспансер в связи с прогрессированием осложнений СД для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг утром. С 2015 выявлен узел левой доли (0,9\*0,57 см). В намнезе язвенная болезнь ЛДПК.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 06.09 | 139 | 4,2 | 4,2 | 9 | 1 | 3 | 65 | 28 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.09 | 122 | 6,34 | 2,7 | 0,95 | 4,15 | 5,7 | 4,9 | 63 | 11,6 | 2,9 | 1,3 | 0,11 | 0,3 |

08.09.17 ТТГ – 1-2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 53,0 (0-30) МЕ/мл

07.09.17 Проба Реберга: креатинин крови-66 мкмоль/л; креатинин мочи- 3630мкмоль/л; КФ- 36,5мл/мин; КР- 97,8 %

### 13.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - в п/зр

07.09.17 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 07.09.17 Микроальбуминурия –30,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.09 | 7,3 | 10,8 | 8,9 | 7,7 |  |
| 11.09 | 7,4 | 11,5 | 6,9 | 8,8 |  |
| 13.09 | 7,8 | 9,7 |  |  |  |

07.09.17Невропатолог: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), Энцефалопатия 1 сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. Вертеброгенная торакалгия, люмбалгия в ст ремиссии. Рек: МРТ ГОП, ПОП в плановом порядке, а-липоевя кислота 600 в/в кап № 10, актовегин 10,0 в/в №10, келтикан 1т 3р/д, сермион 30 мг 1 мес, кардиомагнил, контроль и коррекция АД.

05.09.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

11.09.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

11.09.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг 2р/д. Контроль АД, ЭКГ.

06.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

13.09.17Гастроэнтеролог: ГЭРБ 1 ст рефлюкс эзофагит. Хронический гастродуоденит. H-pylori (+), обострение. Жировая дистрофия печени 1 –II ст, Стеатогепаоз. Рек: де-нол (вис-нол) 2т 2р/д за 30 мин до еды 20 дней, альфа липон 600 1т 1р/д 1 мес, тюбажи с сорбитом 1-2р/д, контроль H-pylori в 12.2017 (анализ кала)

06.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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.

06.09.17Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Эхопризнаки спастического кровотока по артерия голеней с 2х сторон.

08.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст с увеличением её размеров, ; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, повышенной подвижности правой почки.

11.09.17 ФЭГДС: Рефлюкс эзофагит, эритематозная гастродуоденопатия. Уреазный тест на H-pylori – слабо положительный

05.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,2 см3; лев. д. V = 5,1см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. и мелким фиброзом. В пр доле в в/3конгломерат из 2х гипоэхогенный узлов с гидрофильным ободком 1,1\*0,65 в левой доли в с/3 гидрофильный узел 0,66 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаформин 850, эналаприл, небилонг, диалипон 600 в/в № 10, нуклео ЦМФ 2,0 в/м № 5, нейробион 3,0 в/м № 5, метфогамма 500, этсет 20, лоспирин 75, физиолечение.

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, гастроэнтеролога, уч. терапевта, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж, метамин) 1000 - 1т. \*2р/сут.

При повышение глик. гемоглобина более 7% к терапии добавить янувия 1т утром

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: этсет 20 мг 1т веч с контролем липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, лопирин 75 мг 1т на ночь, небилонг 2,5-5 мг. утром . Контр. АД.
5. ЭХОКС в плановом порядке с послед. конс кардиолога.
6. Контроль УЗИ ОБП и почек 1р/год.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., келтикан 1т 3р/д 1 мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТАПБ узла щит железы в плановом порядке. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Соблюдение рекомендаций гастроэнтеролога.
10. Б/л серия. АДГ № 671534 с 05.09.17 по 14.09.17. к труду 15.09.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В