#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1262

##### Ф.И.О: Кузнецова Лидия Алексеевна

Год рождения: 1950

Место жительства: г. Бердянск ул. Шауменя 26-54

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.09.17 по 22.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз. Аденома надпочечников (согласно данным КТ от 2012). Энцефалопатия 1 ст, смешанного генеза, вестибуло-атактический с-м, ДДПП ПОП, протрузия L5-S1, ретролистеза L5 1 ст. Вертеброгенная люмбоишалгия справа. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Наджелудочковая экстрасистолия СН 1.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, шаткость при ходьбе, боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по правой н/к

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: комбоглиза XR 5/1000 мг утром + амарил 6 мг 1р/д, + глюкофаж 500 мг 1р/д Гликемия –6-10 ммоль/л. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает ко-амлесса 8 мг/2,5 мг/5 мг + корвазан 12,5 мг 1р/д + этсет 20 м 1р/д, + клопидогрель 75 мг1р/д Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ с 2015 ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) АТТПО – 198 (0-30). Предоставлены КТ от 2007. КТ ОБП, забрюшинного пространства: диффузные изменения печени, гиперплазия обоих надпочечников. Липомы обеих почек. Простая киста левой почки, абдоминальный липоматоз. КТ от 2012: гипертрофия правого надпочечника. Образование левого надпочечника, вероятно аденома. Кисты и ангиомиолипома левой почки. По сравнению с предыдущими КТ отмечается умеренно отрицательная динамика за счет увеличения размеров образований левого надпочечника и левой почки. 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 |
| 13.09 | 131 | 4,0 | 6,9 | 39 | 3 | 2 | 51 | 40 | 4 |
| 20.09 | 137 | 4,1 | 5,3 | 31 | 2 | 3 | 59 | 34 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.09 | 90 | 4,72 | 1,99 | 1,22 | 2,59 | 2,8 | 5,1 | 80,3 | 16,8 | 3,6 | 2,4 | 0,1 | 0,16 |

13.09.17 Глик. гемоглобин – 11,3%

13.09.17 К – 4,03 ; Nа –136,7 Са++ - 1,1С1 - 103 ммоль/л

22.09.17 К – 4,29 ; Nа – 145 Са -1,15 С1 -100 ммоль/л

21.09.17 Кортизол – 339 ( 160-670) АКТГ – 20,5 ( 7,2-63,3)

22.09.17 ТТГ –1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

### 13.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

15.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250эритр - белок – отр

14.09.17 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – отр

##### 15.09.17 Микроальбуминурия – 32,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.09 | 7,9 | 14,8 | 9,2 | 15,2 |
| 17.09 | 6,8 | 10,9 | 8,2 | 9,3 |
| 19.09 | 5,6 | 6,8 | 8,4 | 7,6 |

15.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), Энцефалопатия 1 ст, смешанного генеза, вестибуло-атактический с-м, ДДПП ПОП, протрузия L5-S1, ретролистеза L5 1 ст. Вертеброгенная люмбоишалгия справа.

12.09.17Окулист: ОД – в хрусталике негомогенное помутнения, гл дно под флером. OS – артифакия, уплотнение задней стенки хрусталика. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, с-м Салюс 1-II ст. Д-з: Незрелая катаракта ОД. Осложненная артифакия, вторичная пленчатая катаракта OS. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ

13.09.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

12.09.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Наджелудочковая экстрасистолия СН 1.

14.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.09.17 Хирург-эндокринолог Аденома надпочечников (согласно данным КТ от 2012). Рек хирурга- эндокринолога: определить альдостерон, ренин. За 10 дней до сдачи альдостерона отменить прием диуретиков, В-блокаторов ,ингибиторов АПФ, антагонистов ангиотензина ,заменив на антагонисты кальция, а-блокаторы Контроль КТ, повторный осмотр с результатами.

19.09.17 По данным УЗИ от 15.09.17 и КТ от 18.09.17 урологической патологии требующей лечения уролога нет.

20.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

18.09.17Нефролог: ХБП II ст.: гипотензивная, диаб. нефропатия.

20.09.17 Фг ОГК№ 106905: без патологии.

18.09.17Допплерография: Эхопризнаки неоокклюзирующего заболевания артерий н/к по типу диабетического медиакальциноза (склероз Менкеберга)

12.09.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

19.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. – II ст с обеих сторон. 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 сохранена

15.09.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

19.09.17 КТ ПКОП: КТ признаки дегенеративно дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника в виде остеохондроза, спондилоартроза, протрузия диска L5-S1, ретролистеза L5 1 ст. объёмных образований левой почки (липома? И 2 паренхиматозные кисты?) единичного очага печени (киста?).

15.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,3 см3; лев. д. V = 7,3 см3

Перешеек – 0,56см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,32см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: ко-амлесса, диалипон, актовегин, витаксон, амарил, форксига, метфогамма, мовалис, неогабин, мидокалм, омепразол ,амарил, комбоглиза XR, глюкофаж, корвазан, этсет, клопидогрель, карведилол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: амарил ( диапирид, олтар ) 4 мг утром. При повышении гликемии натощак, добавить в вечернее время амарил 1-2 мг.

Метфогамма (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут

Форксига 10 мг 1р/д. Контроль глик гемоглобина через 3 мес, показателей гликемии в динамике.

1. Рек кардиолога: ко-амлесса 1/2т 1р/д корвазан 12,5 г 1р/д. Контроль АД. дообследование ЭХОКС.
2. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
3. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг с контролем липидограммы 1р 3 нед.
4. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
5. 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.
6. Рек. невропатолога: неогабин 75 мг 2р/д, с возможным увеличением дозы до 150 мг 2р/д через 5 дней, келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., корсетирование, снижение веса.
7. Опередить катехоламины мочи, крови , КТ ОБП + забрюшинного пространства с контрастированием. Повторный осмотр эндокринолога с результатами дообследования.
8. Рек. нефролога: Контроль ан. кров, мочи, показателей азотемии в динамике. Контроль УЗИ 1-2р/год, адекватная противогипертензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Гл. врач Черникова В.В.