#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1272

##### Ф.И.О: Скорик Ирина Анатольевна

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул. Горнянская 12а- 116

Прописан Донецкая обл г. Кировское, кв. Горняцкий, 12а- 116

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 13.09.17 по 26.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ретинальное кровоизлияние ОД. Осложненная катаракта ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ХБП II ст. нефропатия сочетанного генеза (диабетическая Шст, гипертензивная) в сочетании с хр. пиелонефритом, ст обострения. Смешанный зоб II ст, узлы обеих долей, эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь III ст. Гипертензивное сердце СН II А. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, учащенный ночной диурез, прибавку в весе на 6-8 кг за 8 мес, ухудшение зрения, боли в ногах, онемение и судороги в н/к, одышку при ходьбе и подъеме на 2 этаж, сухой кашель, першение в горле, жжение в области шеи, периодически учащенное сердцебиение, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки лица, рук, и н/к, периодически запоры, рези при мочеиспускании, недержание мочи, боли внизу живота,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г при проф. осмотре- гипергликемия 18,0 ммоль/л., был назначен сиофор 850мг 1т2р/д, затем по 1000 мг 2р/д. В 2005 в связи с неэффективностью была переведена на комбинированную терапию. Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р 2р/день + диаформин 1000 мг 1т 2р/д. Течение стабильное комы отрицает (ощущает гипогликемии при снижении глюкозы до 12 ммоль/л). В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 25ед., п/у-25 ед., Хумодар Р100Р п/з 15 ед, п/у 15 ед, Гликемия –13,3 ммоль/л. НвАIс - 12,4% от 08.06.17 Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Смешанный зоб с 2015 ТТГ от 08.09.17 <0,1. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает индапамид 2,5 1т утром, лизиноприл 10мг 1т утром, бисопролол 5 мг 1т обед. В 2012 лобэктомия в/доли справа по поводу туберкуломы. Отмечает непереносимость анальгина, темпалгина.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 14.09 | 149 | 4,5 | 3,4 | 31 | 1 | 2 | 40 | 54 | 3 |
| 19.09 |  |  |  | 22 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.09 | 85 | 7,48 | 2,07 | 1,18 | 5,35 | 5,3 | 7,5 | 90,2 | 12,9 | 3,1 | 4,3 | 0,38 | 0,5 |

14.09.17Св.Т4 - 18,6 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –46,0 (0-30) МЕ/мл

25.09.17 К – 4,31 ; Nа – 138,3 Са++ - 1,13С1 - 103 ммоль/л

25.09.17 Проба Реберга: креатинин крови-73 мкмоль/л; креатинин мочи-8140 мкмоль/л; КФ-81,4 мл/мин; CКDЕPI 63 мл/мин/1,73 м2

### 14.09.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 18-20 в п/зр белок – 0,032 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

15.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 21000 эритр - 250 белок – отр

19.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 34000 эритр - 2500 белок – отр

25.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

21.09.17 Суточная глюкозурия –0,83 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.09.17 Микроальбуминурия –37,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.09 | 12,3 | 13,8 | 10,9 | 14,5 |
| 16.09 |  | 8,5 | 9,6 | 10,7 |
| 19.09 | 9,4 | 9,6 |  | 6,5 |
| 21.09 | 9,8 | 11,8 | 9,9 | 8,7 |
| 24.09 | 8,6 | 8,0 | 7,8 | 6,4 |

15.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Рек: актовегин 10,0 в/в № 10, армадин 4,0 в/в № 10, келтикан 1т 3р/д1 мес. УЗДС МАГ в плановом порядке.

19.09.17Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ. На гл. дне область. ДЗН прикрыта пролиферацией, сосуды сужены, извиты неравномерного калибра (ОД>OS) ,микрогеморрагии, аневризмы. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рек В –сканирование ОИ. После дообследование повторный осмотр.

20.09.17 В–сканирование ОИ. ОД-в стекловидном теле небольшое кол-во плавающих помутнений. В нижнецентральных отделах определяется гиперрефлективное помутнение с уровнем (ретинальное кровоизлияние). OS –В стекловидном теле небольшое кол-во плавающих помутнений различной степени интенсивности. Сетчатки прилежит.

22.09.17Окулист: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Ретинальное кровоизлияние ОД. Рек: после выписки из стационара консультация сотрудников кафедры, ЗМАПО для решения дальнейшей тактики лечения.

13.09.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

15.09.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН II А. ф .кл II Риск 4. Рек. кардиолога: престариум 5-10 мг предуктал MR 1т 2р/д. трифас 5 мг, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.09.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше.

20.09.17Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: диагноз согласован

22.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.09.17Нефролог: ХБП II ст.: диаб. гипертоническая нефропатия в сочетании с пиелонефритом в ст обострения. Рек: левофлоксацин заменить на цефикс 400 мг 1т 1р/д с флуконазолом 50мг/сут, . контроль ан. мочи в динамике. Адекватная противогипертнезивная терапия с использованием иАПФ или АРА II

15.09.17ТАПБ узла щит железы: цитологическая картина пунктатов (а,б) правой доли щит железы наиболее соответствует узловому зобу. Цитологическая картина пунктата (в) левой доли щит железы соответствует узловому зобу.

12.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. –справа, слева- нарушение кровообращения 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Затруднение венозного оттока слева

18.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы;

20.09.17 На р-гр турецкого седла размеры 1,2\*0,9 см костно-деструктивных изменений не выявлено.

12.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =16,2 см3; лев. д. V = 12,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом. В пр доле в /3 гипоэхогенный узел гидрофильным ободком 2,15 \* 1,63. В левой доле такой же узел 0,7\*0,65 см. повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, мефармил, лизиноприл10, индапамид 2,5, бисопролол 5, лоспирин 75, тиоктадар 600 в/в кап, пирацетам 10,0 в/в стр, армадин 4,0 в/в кап, левофлоксацин 500, флуконазол 50 мг, L-тироксин 25 мкг, цефикс 400 мг, физиолечение

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились сухость во рту, жажда, боли в н/к, отеки н/к, отмечается положительная лабораторная динамика в виде уменьшения лейкоцитурии. АД 140/100 мм рт. ст. сохраняется общая слабость, сонливость, отечность лица. С учетом снижения ТТГ нельзя исключить у пациентки гипотиреоз.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 30-32ед., п/уж – 32-34ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг веч с контролем липидограммы через 3 мес
3. Гипотензивная терапия: лизиноприл 10 мг 1т 2р/д, инадапамид 2,5 мг утром 1т натощак, трифас 10 мг 1т утром натощак 1-2р/нед при отеках, бисопролол 5мг в обед. Лоспирин 75 мг 1т веч. Контр. АД. ЭХОКС в плановом порядке с послед конс. кардиолога по м\ж.
4. Продолжить прием цефикс 400 мг +флуконазол 50 мг до 10 дней. Контроль ан. мочи в динамике п ом/ж
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1к 3р/д, нейрокабал 1т 3р/д 1 мес. предуктал MR 1т р/д 1 мес. армадин 300 1т 1р/д 1 мес.
6. МРТ турецкого седла в плановом порядке, контроль ТТГ, Т4св, Т3св через 1мес. с послед. конс эндокринолога по м/ж и решении вопроса о необходимости заместительной гормонотерапии L-тироксином.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год.
8. Соблюдение рекомендаций окулиста (см. выше).
9. УЗДС МАГ в плановом порядке с послед конс. невропатолога

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В