#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1276

##### Ф.И.О: Учирова Оксана Петровна

Год рождения: 1974

Место жительства: г. Запорожье ул. Софиевкая - 66

Место работы: КУ Запорожский Обласной кожно-венерологический диспансер ЗОС, медсестра, инв Ш гр

Находилась на лечении с 14.09.17 по 27.09.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия верхних и нижних конечностей, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение III ст. (ИМТ 43 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, с узлообразованием (узел левой доли), эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Последствия перенесенного очагового миелита на шейном уровне С5 (02.2013), нарушение функции тазовых органов по центральному типу. ДДПП ШОП, пролапс межпозвонковых дисков С3-С4, грыжи м/п дисков С5-С7 вертеброгенная цервикалгия, реммиттирующее течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, общую слабость, утомляемость, потливость, одышку при ходьбе, эпизодически тахикардия, редко загрудинные пекущие боли, вздутие живота, спастические боли в левой подвздошной области, боли в поясничной области, потерю веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/110 мм рт.ст., постоянные головные боли, головокружение., отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. на «Д» учёте с 2010. С 2009 принимает амарил 2М по 1/2т утром. С начала заболевания появился зуд гениталий, сухость во рту, жажда, потеря веса, была выявлена глюкоза крови 7,0 моль/л затем, затем был добавлен диаформин 1000 1т веч., Амарил М увеличен до 4 мг. Состояние ухудшилось в течение последних 3-4мес, появилась гипергликемия 14-18 момль/л. В течение последнего меся принимала дополнительно воксид 0,2 1т 2р/д. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. В наст. время принимает: амарил М 4мг 1т утром, диаформин 1000 2р/д, воксид 0,2 мг 1т 2р/д. Гликемия –14,0-18,7 ммоль/л. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД с 28 лет. Из гипотензивных принимает рамизес 10 мг 1т 2р/д. анаприлн 20 мг 1 т 2р/д, С 1994 г выявлены узлы в щитовидной железе, в последующем размеры их уменьшились на фоне лечения. В 2007 г-экстирпация матки с придатками справа. Кесарево сечение в 1998г. С 2013г на «Д» учете у невролога, инв. 3 гр с д-зом: «Последствия перенесенного очагового миелита на шейном уровне С5 (02.2013), с легким дистальным парезом». В анамнезе перелом тел L4,L5, перелом копчика.

Аллергологический анамнез: новокаин, йод – крапивница

Страховой анамнез: на л/н пребывала:

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 15.09 | 168 | 5,0 | 7,4 | 26 | 1 | 3 | 60 | 34 | 2 |
| ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 15.09 | 186 | 3,64 | 2,45 | 1,05 | 1,46 | 2,4 | 6,3 | 68,2 | 9,8 | 2,0 | 2,1 | 0,73 | 1,6 |
| 26.09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

18.09.17 Глик. гемоглобин - 8,8%

22.09.17 ТТГ –0,7 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 121 (0-30) МЕ/мл

15.09.17 К – 4,28 ; Nа –139 Са++ - 1,1С1 - 99 ммоль/л

15.09.17 Проба Реберга: креатинин крови-70 мкмоль/л; креатинин мочи7920 мкмоль/л; КФ- 71,9мл/мин; КР- 98,7 %

### 18.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –1-2-3 в п/зр белок – 0,036 ацетон –отр; эпит. пл. – 2-3-4; эпит. перех. - ед в п/зр

18.09.17 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.09.17 Микроальбуминурия –1045,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.09 | 8,7 |  |  |  |
| 17.09 | 12,8 | 9,8 | 7,2 | 11,5 |
| 19.09 | 9,6 | 9,5 | 11,8 | 6,3 |
| 21.09 | 10,8 | 10,8 | 10,1 | 7,3 |
| 23.09 | 10,4 | 9,6 | 10,7 | 7,6 |
| 24.09 | 6,5 | 10,2 |  |  |
| 25.09 |  |  | 6,0 | 7,6 |
| 26.09 2.00-6,7 |  |  |  |  |
| 27.09 |  |  |  |  |

25.09.17Невропатолог: Последствия перенесенного очагового миелита на шейном уровне С5 (02.2013), нарушение функции тазовых органов по центральному типу. ДДПП ШОП, пролапс межпозвонковых дисков С3-С4, грыжи м/п дисков С5-С7 вертеброгенная цервикалгия, реммиттирующее течение. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия верхних и нижних конечностей, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4). Рек: актовегин 10,0 в/в №10 ,келтикан 1т 3р/д 1мес, а-липоевая кислота 600 в/в кап.

25.09.17Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 Оптические среды прозрачны. Гл. дно: без особенностей.

14.09.17 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ.

21.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст. хр.гипермоторный колит ? СРК ?. .

15.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий пр. н/к умеренно снижено – II Ш ст,слева -1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к, по видимому снижено . Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

22.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-3ст ;

14.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,3см3; лев. д. V = 6,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. В левой доле в в/3 гидфрильный узел 0,94\*0,65 см. с четкими ровными контурами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован,сухость во рту, жажда не беспокоит, незначительно уменьшились боли и отеки в н/к, уменьшилось взутие живота, нормализовался стул, АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/у- 22-24 ед
4. ССТ: метфогамма (диаформин ,сиофор, глюкофаж) 500 мг - 1т. \*2р/сут.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг с контролем липидограммы 1р 3 мес
7. Гипотензивная терапия: хипотел 80 мг 1 т утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром натощак, карведилол 25 мг по ½-1 т 2р/д под контролем АД, ЧСС, лоспирин 75 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., армадин лонг 300 1 т 1р/д- 1 мес, келтикан 1к 3 р/д -1 мес, тиоцетам 1 т 3р/д – 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес, цефасель 100 мг 1 т 2р/д -3 мес 2р/год
10. Детоксил 1 к 1 раз в день -1 мес, контроль печеночных проб в динамике, маркеры вирусных гепатитов, конс. гастроэнтеролога в плановом порядке
11. ЭХО-КС в плановом порядке по м/ж с послед. консультацией кардиолога по м/ж
12. Б/л серия. АДГ № 6715 с 14.09.17 по 27.09.17. к труду 28 .09.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В