#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1305

##### Ф.И.О: Коротич Лариса Вячеславовна

Год рождения: 1966

Место жительства: Черниговский р-н, пгт Черниговка ул, Соборная 353

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 20.09.17 по 02.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Узловой зоб 0-1. Мелкий узел левой доли. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 33,8кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Бронхиальная астма средне-тяжелое, персистирующее течение. ИБС, стенокардия напряжения II ф .кл. . Постинфарктный кардиосклероз (1995). Персистирующая форма. фибрилляций предсердий. СН II А. ф .кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Ангиопатия сетчатки ОИ. Последствия перенесенного ишемического инсульта (2005) в обеих г/сферах мозжечка, в ВББ (постишемические кистозно-глиозные изменения в обеих г/сферах мозжечка по данным МРТ), астеноневротический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, 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. гипогликемические состояния 2-3 р/мес при погрешностях в диетотерапии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы гипогликемическая 05.2015.. С начала заболевания принимает ССП. С 2012 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 26ед., п/у-18 ед. Фармасулин Н п/з – 6 ед, п/у 5 ед. метамин SR 1т 2р/д. Гликемия –2,7-11,2 ммоль/л. НвАIс – 7,4 % от 03.07.17. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 25 лет. Из гипотензивных принимает конкор 5 мг 1р/д, эналаприл 10 мг 1р/д, В 1995 перенесла инфаркт миокарда, в 2015 инсульт. Узловой зоб с 2016, ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 10(0-30) МЕ/мл. Страдает бронхиальной астмой, в настоящее время принимает серетид 2р/д, сальбутамол при приступе. 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 |
| 21.9 | 138 | 4,1 | 4,8 | 25 | 1 | 2 | 61 | 34 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 21.9 | 109,6 | 5,5 | ,14 | 1,7 | 2,81 | 2,2 | 3,9 | 75 | 10,2 | 2,6 | 1,48 | 0,41 | 0,42 |

22.09.17 ТТГ – 2,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –48,8 (0-30) МЕ/мл

21.09.17 К – 4,33 ; Nа – 131Са++ - 1,12С1 - 101 ммоль/л

25.09.17 Коагулограмма: ПТИ – 100 %; фибр –3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 88%; св. гепарин – 8

### 21.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – много ; эпит. перех. -2-3 в п/зр

222.09.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 28.09.17 Микроальбуминурия –53,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.09 | 7,3 | 7,3 | 9,0 | 8,4 |  |
| 24.09 | 5,4 | 8,9 | 10,2 | 10,1 |  |
| 26.09 | 6,5 | 9,7 | 7,1 | 7,4 |  |

02.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Последствия перенесенного ишемического инсульта (2005) в обеих г/сферах мозжечка, в ВББ (постишемические кистозно-глиозные изменения в обеих г/сферах мозжечка по данным МРТ), астеноневротический с-м.

25.09.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9-1,0 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умеренно сужены, полнокровны, с-м Салюс 1 ст, в макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

20.09.17 ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

21.09.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

26.09.17 ФГЭД: прилагается

29.09.17 Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит, фиброзная форма с нарушением инкреторной функции. Неалкогольная жировая болезнь печени. Хронический гастродуоденит с эрозией в антральном отделе.

21.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий левой н/к умеренно снижено. Справа – норма. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

26.09.17Пульмонолог: Бронхиальная астма, персистирующее течение,

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

28.09.17 УЗИ: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст. перегиба желчного пузыря в в/3 застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника. Мелкоочагового лейомиматоза матки, спаек в малом тазу

20.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9см3; лев. д. V = 5,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,33 см, В левой доле в в/3коллоиднаякиста 0,66 \*0,44 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, омепразол, конкор, эналаприл, тридуктан, тиогамма, актовегин ,витаксон

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога, невропатолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-6-8 ед., п/уж -6-8 ед., Фармасулин НNP п/з 28 ед, п/у 18 ед

Метамин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг с контролем липидограммы 1р 3 нед.
3. Круглогодично сосудистая терапия (после лечения у гастроэнтеролога )
4. Рек доц.каф. Соловьюк А.О: эналаприл 5-10 мг 2р/д , конкор 5 мг 1р/д. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
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: сермион 30 мг веч. 1 мес., вазосерк 24 мг 2р/д 1 мес,кванил 500 мг 2р/д 1 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек пульмонолога серетид 50/250 2р/д, флексотид0,25 мг 1 инг 1р/д, № 5. аэрофилин 1т 2р/д 5-7 дней, сальбутамол 1-2 инг по требованию. Контроль через 6 мес.
9. Рек. гастроэнтеролога: проведение уреазного теста, гастронорм 2 т 2р/д за 30 мин до еды 20 дней, панкреатин 1т 3р/д с едой14 дней, после гастронорма - проксиум (нольпаза, золопент) 40 мг 1т 2р/д 20 дней, посев кала на дисбактериоз по м/ж планово.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В