#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 416

##### Ф.И.О: Большакова Татьяна Викторовна

Год рождения: 1947

Место жительства: г. Запорожье ул. Тимирязева 36

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 22.03.18 по 04.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хронический пиелонефрит, латентное течение в стадии обострения . Смешанный зоб II ст. Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ЖКБ калькулезный холецистит, вне обострения.

Жалобы при поступлении на выраженную слабость, учащенный диурез, умеренную сухость во рту, чувство познания «мурашек» в ногах, зуд в промежности, ухудшение зрения, запоры, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, дрожь в губах и в/к..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г при профосмотре. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В течении 2х лет принимает амарил 4 мг , глюкофаж 850 мг 2р/д. В наст. время принимает: амарил 4 мг утром, глюкофаж 850 2р/д Гликемия –16,5 ммоль/л. НвАIс -9,4 % от 20.03.18. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для перевода на инсулинотерапию , лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Смешанный зоб II ст узлы обеих долей, Эутиреоз выявлен в 03.2018. ТТГ – 0,77 (0,4-4,0) Т4св – 13,8 моль/л от 20.03.18. Повышение АД около 6 лет, принимает триномия 10/20/10 1т веч. ЖКБ с 2002.1996 – экстирпация матки с придатками. Получала лечение на ДСП по м/ж в течение 3х дней: армадин 2,0 в/м, дифоффоцин 500 мг в/м.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 23.03 | 147 | 4,4 | 5,0 | 9 | 0 | 3 | 56 | 37 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 23.03 | 62,2 | 3,61 | 1,14 | 1,09 | 2,0 | 2,3 | 7,8 | 86 | 17,1 | 4,3 | 0,95 | 0,11 | 0,37 |

23.03.18 К – 4,98 ; Nа – 142,4 Са++ -1,12 С1 -103 ммоль/л

26.03.18 Проба Реберга: креатинин крови-79 мкмоль/л; креатинин мочи-6380 мкмоль/л; КФ-143,0 мл/мин; КР- 98,5 %

27.03.18 С-реактивный белок – отр

### 23.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед уретр – ед, в п/зр слизь на все п/зр, окслаты – оч. много

27.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -13000 эритр - белок – отр

03.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -30500 эритр - белок – отр

26.03.18 Суточная глюкозурия – 0,66 %; Суточная протеинурия – отр

##### 26.03.18 Микроальбуминурия –68,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.03 | 10,9 | 13,0 | 13,0 | 9,2 | 10,5 |
| 25.03 | 5,7 | 6,6 | 10,5 | 12,0 |  |
| 28.03 | 5,5 | 11,8 | 11,5 | 10,2 |  |
| 30.03 | 4,4 | 6,5 | 10,8 | 12,6 |  |
| 01.04 | 4,9 | 12,2 | 11,7 | 13,5 |  |
| 02.04 |  | 10,6 | 12,2 | 8,8 |  |
| 03.04 | 5,6 | 7,8 | 9,0 | 9,1 |  |

29.03.18 Окулист: VIS OD= 0,1н/к OS=0,2 н/к ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды умеренно сужены ,извиты, склерозированы, вены умеренно полнокровны, с-м Салюс 1 ст, в макуле выраженные сливные друзы, пастозность. Д-з: ВМД (экссудативная форма? СНМ?) Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Рек: ОСТ макулы ОИ.

22.03.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

29.03.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

27.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

21.03.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,4 см3; лев. д. V =12,8 см3

Перешеек –0,33 см.

контуры ровные. Паренхима изоэхогенная, неоднородная В пр доле в н/3 гипоэхогенный узел 0,8\*1,0 см с четкими ровным иконутрами умеренно неоднородный с интра- и пенинодулярным кровотоком. В левой доле гипоэхогенный узел 2,56 \*1,69 см. с четкими ровными контурами, с интра- и пенинодулярным кровотоком. В н/3 гипоэхогенный узел 0,8\*0,63 с четким ровными контурами умеренно неоднородный, аваскулярный, Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. В 2,16 раза. Узлы обеих долей на фоне диффузных изменений паренхимы щит железы.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, триномия, глюкофаж, берлитион, армадин, дифосфоцин, урсодиол, каптопрес ,армадин лонг, амлодипин, норфлоксацин,

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах целевого уровня, уменьшилась общая слабость, сухость во рту, учащенный диурез не беспокоит, сохраняется лейкоцитурия в анализах мочи . АД 130/80 мм рт. ст. С учетом снижения остроты зрения пациентке показанно введение инсулина в пенфильной форме

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Р (пенф) п/уж -4-6 ед., Генсулин Н (пенф) п/з 10-12 ед, п/у 12- 14 ед.

Метформин(диаформин, сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес.,. Повторить микроальбуминурию через 3 мес после нормализации ан. мочи по Нечипоренко для уточнения степени диабетической нефропатии.
2. контр. липидограммы раз в 6 мес
3. Гипотензивная терапия: триномия 100/20/10 1т веч, амлодипин 5 мг утром контроль АД
4. Конс кардиолога в плановом порядке с результатами ЭХОКС
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., амардин лонг 300 1т 1р/д 1 мес . плестазол 100 1т 1р/д длительно
6. Норфлоксацин 400 1т 1р/д до 10 дней, флуконазол 50 мг 1т 1р/д до 10 дней, нефрофит сбор 1п. 2-3 р/д 1 мес контроль анализов мочи по Нечипоренко через 10 дней
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. ТАПБ узлов щит железы с последующей конс эндокринолога.
8. ОСТ макулы повторная конс окулиста по м/ж
9. Конс невропатолога в плановом порядке по м/ж
10. Урсодиол 500 мг на ночь длительно. УЗИ ОБП 1р/год. конс гастроэнтеролога, хирурга.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.