#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 538

##### Ф.И.О: Куликова Надежда Ивановна

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье ул. сталеваров 8-19

Прописан Донецкая обл. пгт Стежковское ул. Артема 12-4

Место работы: н/р

Находился на лечении с 16.04.18 по 30.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с хр. пиелонефритом в ст обострения. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации. Ожирение Ш ст. (ИМТ 41кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II. ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Митральная регургитация 1- II ст. СН 1. Ф. кл II. ДЭП 1 , смешанного генеза, церебрастенический с-м. ДДПП ПОП, грыжа L5-S1, вертеброгенная люмбоишалгия. Начальная катаракта ОИ. Гипертоническая ангиопатия сетчатки ОИ Хр. панкреатит с нарушением инкреторной функции поджелудочной железы. Неалкогольная жировая дистрофия печени. Стеатогепатоз. Хр. гастродуоденит. Обострение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, присты загрудинных болей при физ нагрузках, психоэмцоиональные растройства, шаткость при ходьбе, головокружение

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. во время стац лечения в кардиолог. отд, с того же времени начала прием ССП (диаформин). С 2005 в связи со стойкой декомпенсацией переведена на инсулинотерапию: Фармасулин НNP в сочетании с метформином. Избыточный вес с 2012, стабильный. .В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-26 ед., п/у- 26ед., диаформин 1000 2р/д Гликемия –11,1-12,1 ммоль/л. НвАIс - 9,6% от 04.2018 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 30 лет. ИБС с 2012. АИТ, гипотиреоз, с 02.2013. принимает L-тироксин 50 мкг/сут ТТГ – 1,92 ( 0,27-4,2) мкМЕ/мл от 2016. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.04 | 153 | 4,78 | 9,8 | 16 | | 341 | | 1 | 0 | 52 | 33 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.04 | 94 | 4,9 | 1,68 | 1,22 | 2,9 | | 3,0 | 6,7 | 74 | 10,4 | 2,5 | 2,4 | | 0,29 | 0,59 |

17.04.18 Анализ крови на RW- отр

17.04.18 ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 27,0 (0-30) МЕ/мл

17.04.18 К – 4,87 ; Nа –134,6 Са++ -1,15 С1 - 104 ммоль/л

### 17.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -101500 эритр -250 белок – отр

30.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -19500 эритр -250 белок – отр

18.04.18 Суточная глюкозурия – 2,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 19.04.18 Микроальбуминурия –129,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.04 | 9,9 | 14,1 | 10,7 | 9,6 |  |
| 20.04 | 7,9 | 8,5 | 9,1 | 8,6 | 9,6 |
| 25.04 | 8,2 | 6,4 | 8,5 | 8,0 | 6,1 |
| 26.04 | 6,9 |  |  |  |  |

17.04.18Невропатолог: ДДПП ПОП, грыжа L5-S1, вертеброгенная люмбоишалгия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДЭП 1 , смешанного генеза, церебрастенический с-м.

24.04.18 Вертебролог: Поясничный остеохондроз грыжадиска L5 -S1. Пролапс L4-L5 .Вертеброгенная тораколюмбалгия, хроническое рецидивирующее течение, стадия обострения Рек: МРТ ГОП, ограничительный режим,Ю ЛФК, корсетирование, неогабин 75 мг 2р/д 2 нед, нейрорубин 1т/сут 1 мес, диклак гель, .иппликатор Кузнецова, Ляпко «Д» наблюдение.

27.04.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды неравномерного расширены, извиты, склерозированы, с-м Салюс II ст. В макуле рефлекс сглажен. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Гипертоническая ангиопатия сетчатки ОИ

26.04.18ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

15.08.18 ЭХО КС: Диффузные структурные изменения миокарда, уплотнение Ао, ЗСЛЖ, створок МК, выраженная гипокинезия ЗСЛЖ, ДДЛЖ 1 типа.

19.04.18 Р-скопия ЖКТ: Хр. гастрит. Хр. панкреатит

24.04.18 Нефролог: ХБП 1 ст пиелонефрит в стадии обострения. Гипертоническая болезнь II ст, артериальная гипертензия 3 ст, высокого риска

24.04.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.04.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

25.04.18 Гастроэнтеролог: Хр. панкреатит с нарушением инкреторной функции поджелудочной железы. Неалкогольная жировая дистрофия печени. Стеатогепатоз. Хр. гастродуоденит. Обострение.

24.04.18Гинеколог: Вагинит.

15.04.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 незначительно нарушена.

17.04.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст с увеличением её размеров, фиброзирования поджледуочной железы, мелких конкрементов, микролитов в почках без нарушения урокинетики

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

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы..

Лечение: L-тироксин, нейрорубин, тивортин, пирацетам, норфлоксацин, флуконазол, Фармасулин НNP, диаформин, вазар, бисопролол, аторис, аккузид, кораксан, трифас, магникор, берлитион

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, нормализовались показатели гликемии, уменьшились одышка при ходьбе, боли в н/к. частота и интенсивность загрудинных болей АД 130/80 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-26-28 ед., п/уж – 26-28ед.,

метформин (диаформин, сиофор, 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 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: вазар 160 мг, кораксан 5 мг, аккузид 20 мг, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Берлитион (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,
7. L-тироксин 100 мкг утром натощак за 30 мин до еды .УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.