#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1392

##### Ф.И.О: Парнакова Татьяна Владимировна

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Запорожье ул. 14 Октября, 92

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.10.18 по  05.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хронический пиелонефрит, обострение. Смешанный зоб 1. Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз с нарушение проводимости ( блокада ПНПГ) СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4. Неалкогольная жировая болезнь печени 1, ЖКБ, калькулёзный холецистит в стадии нестойкой ремиссии. билиарного генеза. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне секреторной функции подж. железы и внутрисекреторной функции подж. Железы. Фиброзная форма. ГЭРБ. Недостаточность карий. Рефлюкс Эзофагит. Гастрит в стадии обострения. H-pylori – отр дивертикулезная болезнь кишечника, дивертикулы нисходящие сигмовидной кишки. Хронический колит. Дисбактериоз кишечника. Хронический геморрой. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ,церебрастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

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, боли в эпигастрии

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. занималась самолечением. С 2013 в связи с кетоацидозом была назначена инсулинотерапия, принимала в течении года, затем самостоятельно отменила в связи с резким набором веса, в дальнейшем принимала ССТ. С 2016 в связи с декомпенсацией СД была переведена на комб терапию. В наст. время принимает: Инсулар Стабил п/з 25-30 ед, глюкофаж XR 1000 мг 2р/д. (отмечает плохую переносимость других препаратов метформина) Гликемия –8,6-9,1 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. (4-я ГБ). Смешанный зоб с 2013, ТТГ 1,1 АТТПО – 27,2 от 03.10.15, рекомендованная ТАПБ не проводилась. 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 | | |
| 24.10 | 158 | 4,7 | 6,1 | 20 | |  | | 1 | 1 | 53 | 35 | | 10 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 24.10 | 86,8 | 9,9 | 1,48 | 2,4 | 1,82 | | 1,0 | 4,0 | 77 | 13,0 | 2,9 | 6,3 | | 0,53 | 0,88 |

24.10.18 К – 4,31 ; Nа –139,5 Са++ -1,08 С1 - 101 ммоль/л

### 24.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

26.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – отр

02.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

25.10.18 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.18 Микроальбуминурия –29,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.10 | 10,4 | 12,1 | 6,5 | 11,4 |
| 25.10 | 9,3 | 11,1 |  | 7,4 |
| 26.10 | 8,9 |  | 5,4 | 10,8 |
| 27.10 | 9,8 | 8,5 |  | 9,9 |
| 30.10 | 7,7 | 9,1 | 8,3 | 8,2 |
| 02.11 | 8,2 | 8,7 | 5,1 | 7,1 |

2015 Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ,церебрастенический с-м, Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

2015 Окулист: Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

23.10.18 ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

23.10.18 ФГ ОГК № 48720 без патологии

24.10.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз с нарушение проводимости ( блокада ПНПГ) СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4.

24.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

24.10.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хр. панкреатит с нарушением эндокринной экскреторной функции подж. железы вне обострения. Хр. колит?

30.10.18Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени 1, ЖКБ, калькулёзный холецистит в стадии нестойкой ремиссии. билиарного генеза. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешне секреторной функции подж. железы и внутрисекреторной функции подж. Железы. Фиброзная форма. ГЭРБ. Недостаточность карий. Рефлюкс Эзофагит. Гастрит в стадии обострения. H-pylori – отр дивертикулезная болезнь кишечника, дивертикулы нисходящие сигмовидной кишки. Хронический колит. Дисбактериоз кишечника. Хронический геморрой.

24.10.18РВГ: 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 умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

26.10.18 ФЭГДС рефлюгс эзофагит, эритематозная гастропатия.

26.10.18 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

30.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкрементов в желчном пузыре на фоне застоя, фиброзирования поджелудочной железы .

02.11.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,5 см3; лев. д. V = 10,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с множественными гидрофильными очагами до 0,5 см. В пр доле в с/3 изоэхоегнный узел с гидрофильным ободком 1,38\*1,15 В в/3 пр доле такой же узел 1,63 \* 1,15 .в левой доле у перешейка такой же узел 2,1 \* 11,37 . В перешейке участок неоднородной паренхимы 1,43\*0,89 см (возможно изоэхогенный узел). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: предуктал MR 1т 2р/д, триплексам 1т утром, корвалол, магнезия, офлоксацин, Инсулар Стабил, глюкофаж, эспа-липон, мильгамма, саргин, стеатель, никотиновая кислота

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з-24-26 ед., п/уж -6-8 ед., .

Глюкофаж XR 1000мг - 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. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д, нолипрел би форте 1т 1р/д.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов в послед. конс эндокринолога.
7. Рек гастроэнтеролога: стол№ 15, гепафал 2т 2р/д или гепадиф 1т 3мес, пагрол 10 тыс 1т во время еды, спазмомен 1т 2р/д, маалокс 1п. 1р/д 1 мес. ,свечи релиф . Конс хирурга, проктолога.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.