#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1232

##### Ф.И.О: Рудкова Оксана Николаевна

Год рождения: 1977

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Володарского 46

Место работы: Главное управление Держкадастра в Запорожской области, .

Находилась на лечении с 20.09.18 по  01.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, впервые выявленный. Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст ДЖВП, по гипомоторному типу. Хронический панкреатит, фиброзная форма. Гастродуенит, Н.pylori-отрицательный, в ст.обострения.

Жалобы при поступлении: снижение массы тела 4 кг за 1 мес, выраженную общую слабость, тяжесть в эпигастрии, гипогликемические состояния после введения инсулина короткого действия (назначен в т/о по м/ж).

Краткий анамнез: В 12.2017 в сроке 28 недель беременности был выявлен гестационный диабет, находилась на диетотерапии. В послеродовом периоде глюкоза крови была пределах допустимых значений. В течение последних 2 мес появились жалобы на общ слабость, снижение масы тела, дискомфорт в эпигастральной области. 08.09.18 после приема жирной пищи возникли опоясывающие боли в животе, лечилась самостоятельно спазмалгоном без эффекта. 11.08.18 обратилась за мед. помощью, была госпитализирована в т/о по м/ж, где была выявлена гипергликемия 13 ммоль/л. С- пептид -2,06 (1,1-4,4) от 18.09.18. НвАIс – 7,0 % от 18.09.18 . Получала инсулин короткого действия в 8.00-10 ед, 12.00-8 ед, 18.00-6 ед, в 22.00-4 ед. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ.

Анамнез жизни: с 2005г- ДТЗ, получала тирозол. В 2015г- тиреоидэктомия. Принимает эутирокс 150 мкг/сутки. ТТГ- 0,4 (04-4,0) от 11.09.18. С 19.09.18 уменьшила дозу до 137,5 мкг/ сут. Ранее на УЗИ определялся холестериновый полип желчного пузыря. В послеродовом периоде, со слов пациентки, имел место желтушный синдром.

Страховой анамнез: б/л сер АДГ № 668881 с11.09.18 по 19.09.18. продолжает болеть ( СД)

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 21.09 | 134 | 4,0 | 3,7 | 22 | |  | | 2 |  | 68 | 28 | | 2 | | |
| 27.09 |  |  |  | 9 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 21.09 | 69,8 | 3,7 | 1,1 | 1,4 | 1,8 | | 1,6 | 3,1 | 92 | 11,2 | 2,6 | 4,7 | | 0,27 | 0,12 |

21.09.18 Амилаза крови -37,0 диастаза мочи -102,8

21.09.18 К – 4,08 ; Nа – 130 Са++ - 1,1С1 - 99,7 ммоль/л

### 21.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. много - ; эпит. Оксалаты.

24.09.18 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.09.18 Микроальбуминурия –60,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.09 |  |  | 12,7 | 14,0 |
| 21.09 | 10,4 | 13,4 | 12,5 | 15,4 |
| 22.09 | 7,7 |  |  |  |
| 23.09 | 6,6 | 13,5 | 12,1 | 15,6 |
| 25.09 | 7,2 | 12,1 | 9,3 | 8,6 |
| 26.09 |  |  | 8,4 | 8,6 |
| 27.09 | 5,9 | 10,9 |  |  |
| 29.09 | 3,5 | 12,0 | 8,8 | 10,8 |
| 30.09 | 5,8 | 5,4 | 4,4 | 11,0 |

26.06.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 ;.

Гл. дно: сосуды узкие ход ближе к прямолинейному ,вены полнокроные. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

20.09.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

28.09.18 ФГДЭС Эритематозная гастропатия. Уреазный тест-отриц. (протокол на руках)

21.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

24.09.18 Хирург: Холецистит обострение, Полип желчного пузыря. ЖКБ ? Хр.панкреатит, обострение? Болевой синдром. Хр.гастродуоденит, обострение? С целью верификации диагноза р-но: УЗИ ОБП, ФЭГДС, конс.гастроэнтеролога. но-шпа 2,0 в/м 1-2 р/д (или per os), альмагель по 1л 3р/д, омез 20 мг 1 т 2р/д, креон тыс 1к 3 р/д, с едой, диета №9 дробно, исключить кислое и острое, при необх. Повт.консультация.

27.09.18Гастроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст ДЖВП, по гипомоторному типу. Хронический панкреатит фиброзная форма. Гастродуенит, Н.pylori-отрицательный. Р-но: стол №5, режим питания, меверин 1 т 2 р/д за 15-20 мин до еды-1 мес, урсоност 300 мг 2 таб на ночь-1 мес, гастритол 10 к 3р/д через 1 ч после еды- 1 мес, ФЭГДС с уреазным тестом, повт.осмотр.

28.09.18Гастроэнтеролог (повторно): Диагноз тот же. К лечению: гастро-норм 2т 2р/д за 30 мин до еды -14 дней.

21.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено. Шст, правой -1 ст. Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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 значительно нарушена.

26.09.18 Осмотр доц.каф. внутр.болезней-1 ЗГМУ Соловьюка А.О. Диагноз и лечение согласованы.

25.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; крючковидный изгиб в области шейки застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы. Функионального раздражения кишечника. (протокол на руках)

20.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз см3; лев. д. V =0,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Капусула уплотенна, утолщена. Эхострукту крупнозернистая, однородная.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей Диффузные изменения паренхимы

Лечение: мефармил, Инсуман Базал, альмагель А, нольпаза, эутирокс, дротаверин, меверин, гастритол, гастронорм,

Состояние больного при выписке: На фоне лечения гликемия в пределах субкомпенсированых значений, в связи с обострением сопутствующей гастроэнтерологической патологии назначена инсулинотерапия . несколкьо уменьшился болевой и диспепстический с-м Пациентка ознакомлена с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» согласна на софинансирование, выдана 1 шприц ручкаAll Star

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: Инсуман Базал п/з-6-8 ед., п/уж -6-8 ед.,
5. После стойкого улучшения состояния со стороны сопутствующей гастроэнтерологической патологии рассмотреть вопрос о дальнейшей сахароснижающей терапии.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами. р
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. 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.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..
12. Б/л серия. АДЛ № 177745 (продолжение б/л сер АДГ № 668881) с 20.09.18 по 01.10.18 к труду 02.10.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.