#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 994

##### Ф.И.О: Бежанова Татьяна Григорьевна

Год рождения: 1972

Место жительства: Васильевский р-н, с. Приморское ул. Набережная - 168

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 27.07.18 по  07.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Узловой зоб 1ст. узел правой доли. Эутиреоидное состояние. Артериальная гипертензия II ст. Ожирение Ш ст. (ИМТ 45кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДДПП ПОП, пролапс L1-L2 протрузия L4-L5. Вертеброгенная люмбалгия справа в ст. обострения. Остеопороз. Железодефицитная анемия. Хронический пиелонефрит, латентное течение в стадии обострения. Неалкогольная жировая болезнь печени. НФП 1 ст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4-5 кг за год, ухудшение зрения, боли, онемение и снижение чувствительности в н/к, головные боли, шаткость при ходьбе, головокружение, периодически отеки стоп, одышка при ходьбе, боли в поясничном отд. позвоночника усиливающие при движении, повышение АД до 140 /90 мм рт ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. во время стац лечения в аллергологическом отд ЗОКБ (гликемия 7,0 ммоль/л) с того же времени назначен сиофор 1000 мг 2р/д, затем метформин, глимакс. В 2016 в связи с флегмоной пр бедра получала стац лечение в условиях 3-й ГБ, где впервые назначена инсулинотерапия : Фармасулин Н п/з 12 п/о 12 ед, п/у 10 ед. В 06.2017 в условиях эндокриндиспансера переведена на 2х кратное введение Фармасулин НNP п/з- 24-26ед., п/у- 14-16ед., диаформин 500 мг 2р/д . Гликемия – 7,0-12,0ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Узловой зоб , узлы пр доли с 2017г. ТТГ – 2,6 МЕ/мл ( 0,3-4,0) АТ-ПТО – 21,3 МЕ/мл ( 0-30). С 2017 остеопороз, патологический перелом тела L1. Повышение АД с 2017, принимает эналприл не регулярно. 2005- холцитэктомия. В анамнезе хр. панкреатит.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 30.07 | 113 | 4,09 | 9,9 | 42 | |  | | 1 | 0 | 72 | 23 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 30.07 | 80,9 | 4,5 | 1,7 | 0,94 | 3,5 | | 3,8 | 10,6 | 109 | 12,4 | 2,9 | 4,0 | | 0,71 | 0,72 |
| 02.08 | 96 |  |  |  |  | |  | 8,7 | 92 |  |  |  | |  |  |

02.08.18 CKD -EPI 61 мл/мин/1,73 м2

31.07.18 Глик. гемоглобин 7,4 %

01.08.18 НВsАg –не выявлен, Анти НСV - не выявлен

01.08.18 сывороточное железо – 9,3 ( 10,7-32,2 ) СРБ – 68,6 мг/л ( 0-5)

30.07.18 К –5,21 ; Nа – 139,5 Са++ -1,18 С1 – 99,3 ммоль/л

### 31.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. ед- в п/зр

03.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 9500 эритр - белок – отр

30.07.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 03.08.18 Микроальбуминурия –43,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.07 | 9,8 | 7,9 | 9,5 | 10,3 |  |
| 31.07 | 7,4 |  |  |  |  |
| 01.08 | 8,1 | 6,7 | 9,7 | 9,5 | 6,1 |
| 04.08 | 6,9 |  |  |  |  |
| 06.08 | 6,6 | 6,4 | 7,7 | 4,9 | 6,1 |

30.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДДПП, ПОП пролапс L1-L2 протрузия L4-L5. Вертеброгенная люмбалгия справа в ст. обострения. Остеопороз. Рек: неогабин 75 мг 1т 2р/д 1 мес, в/м ксефокам 8 мг 2р/д 5 дней, омез 20 мг 2р/д ,мидокалм 1,0 в/м 2р/д 5 дней, нейрорубин форте 1т 2р/д 10 дней, актовегин 10,0 в/в №10, нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес, параплексин 1,0 - 1,5 % в/м № 10, корсетирование.

03.08.18 Окулист: Гл. дно: сосуды неравномерного калибра, извиты, вены полнокровны, уплотнены с-м Салюс 1 ст, Начальные проявления ангиослкероза. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

27.07 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

30.07.18Кардиолог: АГ II ст. рек: ЭХО-КС, ОАМ, ОАК, УЗИ почек, калий крови, динамика АД. эналаприл 5-10 мг 2р/д

03.08.18 УЗИ ОМТ: Нельзя исключить фиброматоза тела матки.

03.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно. Валаргин 3000 1р/д 1 мес

31.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-31ст ; с увеличением её размеров

27.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V = 6,8см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом и единичными гидрофильными очагами до 0,45 см .В пр доле в /3 изоэхоегнный узел с гидрофильным ободком 0,83 \*0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли

Лечение: Фармасулин НNP, мефармил, форксига, эналаприл, диалипон, витаксон, неогабин, олфен, мидокалм, актовегин, параплексин, ксефокам, сорбифер, норфлоксацин, диклоберл, физиолечение

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, сухость во рту, жажда не беспокоит, гликемия в пределах целевого уровня, несколько уменьшились боли в н/к и ПОП. АД 120/80 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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- 20ед., п/уж -10 ед.,

Форксига 10 мг 1т утром

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: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.,1 мес., нуклео ЦМФ 1т 3р/д 1 мес актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. неогабин 75 мг 1т 1р/д 1 мес
5. Корсетирование.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Диета богатая йодом .
7. Продолжить прием норфлоксацина 400 мг 1т 2р/д до 10 дней. с послед. контролем ан. мочи по Нечипоренко по м/ж.
8. Продолжить сорбифер дурулес 1т 1р/д 1 мес с послед. контролем ОАК по м/ж под наблюдением семейного врача.
9. Денситометрия в плановом порядке. Конс ревматолога в плановом порядке.
10. Укрлив 250 мг 2 т на ночь 2-3 мес контроль печеночных проб в динамике, при необходимости конс гастроэнтеролога в плановом порядке.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.