#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1039

##### Ф.И.О: Падалко Людмила Николаевна

Год рождения:1966

Место жительства: Акимовский р-н, с. Таврийское, ул. Строителей, 41

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.08.18 по  20.08.18 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 4, NDS 4). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиоретинопатия сетчатки ОИ. Возрастная макулодистрофия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 31,2 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I ст, цереброастенический с-м. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит ане обострения. Хр..панкреатит с нарушением внешне- и внутри-секреторной функции поджелудочной железы вне обострения. Эндометриальная Са?

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость , снижение работоспособности, боли в стопах в ночное время, умеренную сухость во рту, снижение массы тела на 15 кг за 2 года, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст, периодически перебои в работе сердца, отечность в параорбитальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г, тогда с диабетическими жалобами (сухость во рту, жажда, полиурия) обратилась по м/ж, была выявлена гипергликемия 9,0 ммоль/л, была назначена ССТ: сиофор 850 мг 2р/д, диабетон МR 60 мг 1 т утром, затем дозы были увеличены до максимальных, в течение последних 2-х лет принимает диабетон 120 мг, сиофор 1000 1 т 2р/д. Гликемия – 15,9-16,9 ммоль/л. НвАIс -12,2 % от 30.07.18. повышение АД около 4-х лет, принимает анаприлин 40 эпизодически, в анамнезе ЖКБ, хр.панкреатит. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 09.08 | 120 | 3,6 | 6,4 | 34 | |  | | 2 | 2 | 62 | 30 | | 4 | | |
| 14.08 |  |  |  | 26 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 09.08 | 92 | 5,34 | 2,96 | 0,98 | 3,0 | | 4,4 | 4,5 | 76 | 10,4 | 2,5 | 13,4 | | 0,14 | 0,67 |

09.08.18 К – 4,69; Nа – 141; Са++ - 1,16; С1 - 100 ммоль/л

### 09.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010; лейк – 12-15 в п/зр; белок, ацетон –отр; эпит. пл. – ед.; слизь, грибки.

13.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 5500; эритр - белок – отр

20.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 2500; эритр - белок – отр

10.06.18 Суточная глюкозурия –отр, суточная протеинурия – отр

##### 10.08.18 Микроальбуминурия – 95,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.08 | 6,8 | 9,1 | 13,2 | 10,8 |
| 10.08 | 14,0 | 12,1 | 11,7 | 10,5 |
| 12.08 | 7,0 | 8,9 | 7,7 | 10,2 |
| 14.08 | 7,7 |  |  |  |
| 15.08 | 7,4 | 9,1 | 6,2 | 8,6 |
| 16.08 | 5,6 |  |  |  |
| 17.08 | 5,6 | 8,5 | 6,8 | 8,6 |
| 19.08 | 7,3 | 11,1 | 9,3 | 7,3 |

15.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Дисциркуляторная энцефалопатия I ст, цереброастенический с-м. р-но: кватрекс 1 к 2р/д-1 мес, медотилин 1г на 200.0 физ.р-ра №10. келтикан 1 к 3р/д-1 мес.

14.08.18 Окулист: VIS OD= движения руки у лица. OS=0,2сф-4,0д=0,3-0,4

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, в макулярной и парамакулярной области выраженные дистрофические изменения, слизные друзы, экссудаты. Д-з: Диабетическая ангиоретинопатия, . Начальная катаракта ОИ. ВМД. СНМ? Р-но: ОСТ макулы на ОИ, повт.осмотр.

08.08.18ЭКГ:ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл.ось не отклонена . умер. гипертрофия левого желудочка.

09.08.18 ЭКГ (ритмограмма)-ЧСС 50 уд.в мин, ритм синусовый, брадикардия, правильный.

ФГ ОГК-31.07.18- сердце и легкие без патологии.

20.08.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Р-но: арифон ретард 1 т утром, при недостаточном снижении АД- амлодипин 2,5-5 мг.

15.08.18 ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме, уплотнение аорты. Гипертрофия базального отдела МЖП. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релаксации. Дополгительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. ФВ-65%.

09.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит ане обострения. Хр..панкреатит с нарушением внешне- и внутри-секреторной функции поджелудочной железы вне обострения. Р-но: при болях но-шпа 2,0 в/м или 1-2 таб. Омез 1 т2р/д, креон 10 тыс 1 т 3р/д, опер.лечение (ЛХЭ) в плановом порядке. УЗИ ОБП.

09.08.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к несколько снижено – II ст.с обеих сторон.. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов правой н/к, по-видимому, снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов незначительно нарушена.

14.08.18 УЗИ ОБП и МВС: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; множественных конкрементов в желчном пузыре, заполняющих всю его полость, облитерации желчного пузыря, фиброзирования поджелудочной железы.

17.08.18 УЗИ ОМТ (V-датчик): состояние после ДВПМ. Эхо-признаки патологии эндометрия (незначит.гематометра) гиперплазия эндометрия, полипоз эндометрия? Не исключено объемное образование эндометрия; Са? Миома матки небольших размеров. Эхо-признаки аденомиоза матки. Р-но: конс.онкогинеколога.

ФДВ ПМ ПГЗ №7425-6. (2 стекла) : эндометриальная аденокарцинома с распадом.

20.08.18 Дуплекс БЦА: атеросклеротические измения сонных артерий, атеросклеротическая бляшка в устье правой и левой ВСА (стеноз устья ВСА-30% справа и 34% слева). Гипертоническая ангиопатия с формированием извитости ОСА с 2-х сторон, малый диаметр правой ПА. Признаки дегенеративно-дистрофических процессов в ШОП в виде нарушения хода ПА в костном канале. Допплерографические признаки дефицита кровотока в системе правой ПА (D<S). Признаки гиперфузии по СМА, венозной дисциркуляции в вертебральном бассейне. Сеижение скоростей кровотока по обеим ПА в сегменте V4 при поворотах головы в обе стороны (экстравазальная компрессия). Нарушен венозный отток.

08.08.18 УЗИ щит.железы: Пр д. V = 6,5 см3; лев. д. V = 4,3см3

Перешеек – 0,36 см. Щит.железа не увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена.Эхоструктура крупнозернистая, однородная, регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, мефармил, диабетон, бисопролол, диалипон, эналаприл, панкреатин, вазилип, амлодипин, неогабин, офлоксацин.

Состояние больного при выписке: Общее состояние несколько улучшилось, сухость во рту не отмечает, несколько уменьшилось жжение в стопах, гликемия в пределах целевого уровня, гипергликемия 19.08 в 11.00 связана с поздним приемом пищи утром (за 1 час до сдачи глюкозы крови) Отмечается положительная динамика в анализах мочи на фоне приема офлоксацина.АД 120-140/80 мм.рт.ст. Нуждается в дообследовании у онкогинеколога.

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 <9,0ммоль/л НвА1с <7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/уж – 20-22 ед.

**С учетом снижения остроты зрения пациентке показано введение инсулина в пенфильной форме**, выдана шприц-ручка (Олл стар) 1 шт.

1. ССТ: метформин (диаформин,сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
2. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
3. Гиполипидемическая терапия: вазилип 20 мг1т вечс контр.липидограммычерез 3 мес.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг утром, амлодипин 5 мг 1 т вечером, лоспирин 75 мг 1 т на ночь. Контр. АД.
5. Эспа-липон 600 мг/ утром. 2-3 мес., келтикан 1 к 3р/д-1 мес. неогабин 75 1т 2р/д-1 мес.
6. Продолжить офлоксацин 200 мг 1 т 2р/д- 5 дней, затем контроль ан.мочи по Нечипоренко по м/ж.
7. Дообследование у онкогинеколога.
8. УЗИ щит.железы 1р. в год. Определение ТТГ, АТ-ТПО с послед.конс.эндокринолога по м/ж.
9. ВКК: с учетом давности заболевания, наличия хронических осложнений СД, а так же сопутствующей патологии рекомендовано направить на ВКК по м/ж для определения степени утраты трудоспособности.

Леч. врачСевумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.