#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 907

##### Ф.И.О: Шевченко Лилия Васильевна

Год рождения: 1967

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Революционная 16-40

Место работы: не работает ,инв 3 гр.

Находилась на лечении с 05.07.18 по 17.07.18 в энд. отд. ( с 06.07.18-09.07.18 в ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II – Ш ст. Вторичный ангиотрофоневроз н/к. Вторичный лимфостаз обеих н/к. Хроническая лифовенозная недостаточность в стадии субкомпенсации. Ожирение Ш ст. (ИМТ 44 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб II ст ,узел правой доли. Эутиреоз. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Постхолецистэктомический с-м. Неалкогольная жировая болезнь печени, гепатомегалия. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии биллиарного генеза. ДЭП 1 ст по смешанному типу, церебрастенический, цефалгический с-м. Вертеброгенная цервикобрахиалгия справа, в стадии нестойкой ремиссии. Ангиопатия сетчатки ОИ

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 15 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/110 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . В наст. время принимает: диаформин 1000 мг 2р/д . + дибизид М 1т 1р/д.(при применении метформина 2000 мг в сутки отмечается частый жидкий стул). Гликемия 12-15 ммоль/л. НвАIс – 10,7 % от 22.06.18 .Усиление болей в н/к в течение года. Лечение на амб этапе без фидимого эффекта. Узловой зоб с 2009. 10.2009 ТАПБ пунктировался аденоматозный узел с пролиферацией клеток фолликулярного эпителия. По поводу узлового зоба в течение 2х лет принимает эутирокс 25 мг /сут. 16.06.18 ТТГ – 1,8 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 06.07 | 130 | 3,9 | 4,6 | 21 | |  | | 3 | 0 | 69 | 26 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 06.07 | 97,4 | 3,26 | 1,19 | 1,14 | 1,57 | | 1,8 | 4,6 | 85 | 12,4 | 2,9 | 1,3 | | 0,49 | 0,37 |
| 10.07 |  |  |  |  |  | |  | 2,0 | 70 | 11,4 | 2,6 | 3,5 | | 0,99 | 0,91 |

06.07.18 Глик. гемоглобин -10,8 %

10.07.18 С-пептид – 3,35 (1,1-4,4) нг/мл

10.07.18 К –3,75 ; Nа – 138 Са++ -1,15 С1 -98 ммоль/л

06.07.18 АТТПО – 16,8 ( 0-100) Ме/мл

08.07.18 К – 3,43 Na 134,8

09.07.18 Проба Реберга: креатинин крови-63 мкмоль/л; креатинин мочи- 4070 мкмоль/л; КФ78,3- мл/мин; КР- 97,9%

### 07.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

08.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

09.07.18 Суточная глюкозурия –0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.07.18 Микроальбуминурия –28,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.07 | 8,9 | 6,3 | 6,2 | 7,7 |  |
| 07.07 | 9,1 | 10,2 | 8,1 | 6,2 |  |
| 10.07 | 6,9 | 10,6 | 8,0 | 9,1 |  |
| 11.07 | 7,0 | 7,8 | 6,8 | 8,0 |  |
| 12.07 | 5,9 | 6,0 | 7,3 | 4,1 |  |
| 15.07 | 6,5 | 7,8 | 5,5 | 10,2 |  |
| 16.07 |  |  |  | 5,7 |  |

06.07.18 Невропатолог: ДЭП 1 ст по смешанному типу, церебрастенический, цефалгический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Вертеброгенная цервикобрахиалгия справа, стадия нестойкой ремиссии.

16.07.18 Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды неравномерного калибра, вены полнокровны, с-м Салюс 1-II . В макулярной области рефлекс сглажен ДЗ: Ангиопатия сетчатки ОИ

05.07.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

06.7.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

14.07.18 ЭХОКС: Уплотнение аорты. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме..

22.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II – Ш ст. Вторичный ангиотрофоневроз н/к. Вторичный лифостаз обеих н/к. Хроническая лифовенозная недостаточность в стадии субкомпенсации.

10.07.18 Гастроэнтеролог: Постхолецистэктомический с-м. Неалкогольная жировая болезнь печени . Гепатомегалия. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии биллиарного генеза.

07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

11.07.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.07.18 УЗИ вен н/к: Эхопризнаки лимфостаза обеих голеней (выражен справа). Несостоятельный перфорант по медиальной поверхности в н/3 голени справа – 4,9 мм. Эктазия подкожных вен н/к.

09.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением размеров печени, фиброзирования поджелудочной железы, нельзя исключить наличие микролитов в почках

03.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 28,0 см3; лев. д. V = 9,7 см3

По сравнению с УЗИ от 07.2016 размеры железы увеличились. Контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернситая с мелким фиброзом и гидрофильными очагами до 0,4 см. В пр доле изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 4,6 \*2,8 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменений паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Хумодар Р100Р, энтеросгель, ампаркам, тиолипон, тивортин, витаксон ,кардиомагнил, вазилип, каптоприл, эналаприл, гидрохлортиазид, асафен, небилет, фуросемид, Хумодар Б100Р, витаксон, диалипон турбо, креон, леогель, нормовен, димарил, глюкофаж ,мефармил.

Состояние больного при выписке:СД субкомпенсирован применением комбинированной сахароснижающей терапии (мефармил 1000 мг в сутки +димарил 2 мг),переносимость назначенной терапии хорошая ,при увеличении дозы препаратов метформинового ряда до 2000 мг отмечаются диспепсические явления АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога ,гастроэнтеролога ,ангиохирурга ,кардиолога 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. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500мг - 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: нолипрел бифорте 1т 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д.
5. 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: МРТ ШОП в планом порядке. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.. Направляется на ТАПБ узла щит железы, учитывая наличие роста с 2009
8. Рек. гастроэнтеролога: гепадиф 2т 2р/д после еды 3 мес, пангрол 10тыс 1т 3р/д после еды 1 мес, урсосан 250 мг 2т на ночь 1 мес . Контроль УЗИ через 3 мес. Повторный осмотр
9. Рек ангиохирурга: Эластическое бинтование, леогель 2р/д, нормовен 1т 2р/д , серрата 2т 2р/д 2 мес , плетол 100 мг длительно.
10. Контроль ОАК в динамике ,при показаниях продолжить дообследования у семейного врача по м/жит.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.