#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 807

##### Ф.И.О: Фенюк Людмила Ивановна

Год рождения: 1963

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Мирное ул. Южная 1-18

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.06.18 . по  25.06.18 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. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Гиперметропия ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН1 . Узловой зоб 1 ст. Узел левой доли. Эутиреоз клинический. Постхолецистэктомический с-м.: Хронический панкреатит с внешнее- и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы, обострение. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст , стеатогепатоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, общую слабость, быструю утомляемость выраженные пекущие боли в стопах, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, шум в левом ухе, вздутие живота, послабление стула до 5р/сут.

Краткий анамнез: на «Д» учете с 2011 , однако повышение глюкозы натощак до 8,0 ммоль/л отмечалось с 2007 в х/о по м/ж по поводу ЖКБ. С начала заболевания ССТ: амарил, Диабетон MR, метамин, глимакс. В настоящее время принимает: глимакс 4 мг утром, + метамин 1000 1т 2р/д. Гликемия –10-12,0 ммоль/л. НвАIс -9,6 % от 04.06.18. Последнее стац. лечение в 05.2017 г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает Вазар 160 Н 1т утром, бисопролол 5 мг утром, детралекс 500 1т 2р/д Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: 2017 – хронический комбинированный геморрой - лигирование латексными кольцами. Принимает детралекс 500 1т 2р/д. 2007 – ЛХЭ (ЖКБ). Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает Вазар Н 160 1т утром, бисопролол 5 мг утром,

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 12.06 | 140 | 4,2 | 4,2 | 31 | |  | | 2 | 1 | 66 | 28 | | 3 | | |
| 22.06 |  |  |  | 31 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 61 | 6,96 | 4,15 | 1,24 | 3,82 | | 4,6 | 3,2 | 91 | 12,4 | 2,8 | 5,2 | | 1,0 | 0,64 |

11.06.18 Анализ крови на RW- отр

12.06.18 К –4,98 ; Nа – 139,5 Са++ -1,21 С1 - 101 ммоль/л

### 12.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк –13-14-16 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - в п/зр

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

13.06.18 Суточная глюкозурия – 0,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия –146,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.06 | 12,4 |  | 9,1 | 5,4 |  |
| 14.06 |  | 10,6 |  |  |  |
| 15.06 |  | 10,8 | 10,3 | 10,7 |  |
| 16.06 | 10,1 | 11,7 | 12,3 | 9,6 | 10,0 |
| 18.06 | 10,1 | 11,4 | 13,5 | 10,7 |  |
| 20.06 | 8,3 | 10,7 | 10,0 | 9,8 | 9,1 |
| 21.06 2.00-7,1 | 7,3 |  |  |  |  |
| 22.06 | 8,5 | 12,3 | 9,9 | 13,4 | 10,8 |
| 23.06 2.00-9,3 |  |  |  |  |  |
| 24.06 | 7,6 | 9,0 | 10,0 | 9,8 |  |

22.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. с-м Салюс 1, ангиосклероз с-м Салюс 1, вены расширены, сосуды значительно извиты. задний полюс без особенностей. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия ОИ.

11.06.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.06.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН1 .

Рек. кардиолога: небивалол 5 мг 1р/д, нолипрел бифорте 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж, 5 ст. проб .

25.06.18 ФГДЭС: Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит. Эритематозная гастродуоденопатия. Дуоденогастральный рефлюкс . Уреазный тест на H-pylori – отр

12.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

12.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

14.06.18 Гастроэнтеролог: Постхолецистэктомический с-м.: Хронический панкреатит с внешнее и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы, обострение. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст , стеатогепатоз. РЕК: ФГДЭС, рН- метрия, (перед обследование не пить упсепан ), липидограмма , маркеры вирусных гепатитов В и С. Креон 10 тыс 1т 3р/д 15 дней. меверин 200 мг 1к 3р/д 5 дней. Упсепан 40 мг 1т 1р/д за 30 мин до еды 10 дней, артихол 400 мг 1т 1т 3р/д 10 дней.

12.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 незначительно нарушена.

13.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жирового гепатоза 1 ст. мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики.

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, В левой доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,9\*0,55 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Фармасулин НNP, вазилип, димарил, глюкофаж, бисопролол, детралекс, тиолипон, вазар Н 160, асафен, армадин, левофлоксацин,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах субкомпенсированых значений, несколько уменьшились боли в н/к. Уредился стул до 2р/сут. АД 130-140/80 мм рт. ст. Нуждается в дообследовании и лечении у гастроэнтеролога, уролога.

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 < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/уж -36-38 ед. с послед. титрацией дозы до достижения целевого уровня гликемии натощак под наблюдением эндокринолога по м/ж

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: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: вазар Н 160 1т утром, бисопролол 10 мг 1/2т утром , лоспирин 75 мг веч
4. Диалипон (альфа-липон) 600 мг/сут. 2-3 мес. детралекс 500 1т 2р/д 3 мес 2р/год. нейрокобал 1т 2р/д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ, АТТПО с послед конс эндокринолога по м/ж.
6. Конс. гастроэнтеролога в плановом порядке после дообследования ( см. выше).
7. Конс уролога в плановом порядке. ОАМ в динамике.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.