#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 715

##### Ф.И.О: Роговик Лидия Ивановна

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Энергодар ул. Совхозная 41-27

Место работы: КУ «СМСЧ №1» врач терапевт

Находился на лечении с 22.05.18. по 08.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Хр. цервикалгия, мышечно-тонический с-м, инсомния. ДЭП 1 ст. церебрастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хронический панкреатит с внешне и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы вне обострения. Хронический атрофический гастродуоденит не ассоциированный с H-pylori с сохранённой кислотообразующей функцией желудка. Хронический пиелонефрит стадия нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за 1 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, постоянный жидкий стул, повышение аппетита.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 30 мг/сут( в течение 2 дней), ранее принимала Диабетон MR 60 мг утром + метфогамма 1000 мг 2р/д. При приеме препаратов метформинового ряда отмечает плохую переносимость – явления диспепсии, постоянный жидкий стул, в связи с чем прием данной группы препаратов самостоятельно отменила, уменьшила дозу Диабетон MR. Гликемия амбулаторно–9,0-12 ммоль/л. Ухудшение состояния в течение месяца после перенесенного ОВРИ. 15.05.18 НвА1с – 11,2%, С-пептид – 1,78( 1,1-4,4) инсулин – 6,48 (2,4-24,9). Оперативное лечение по поводу узлового зоба - 1996г. (ПГЗ после оперативного лечения пациентка не предоставила, со слов доброкачественный узел). Ранее заместительную терапию не получала. С 2017 послеоперационный гипотиреоз ТТГ – 7,6, в связи с чем назначен прием эутирокса. В настоящее время принимает эутирокс 25 мкг 1р/д, ТТГ – 3,08 ( 0,4-4,0) от 15.05.18. Повышение АД в течение 10 лет, принимает лозап 100 мг 1р/д, леркамен 10 мг 1р/д Госпитализирована в эндодиспансер с целью коррекции ССТ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 23.05 | 150 | 4,5 | 5,0 | 15 | |  | | 1 | 0 | 60 | 37 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 28.05 | 75,7 | 5,7 | 1,8 | 1,27 | 3,0 | | 3,5 | 4,0 | 73,0 | 13,2 | 4,0 | 0,9 | | 0,27 | 0,53 |

16.05.18 Глик. гемоглобин – 11,2%

23.05.18 К – 4,83 ; Nа – 142 Са++ -1,2 С1 – 101,7 ммоль/л

### 23.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 3-4 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

24.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 8000 эритр - белок – отр

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

24.05.18 Суточная глюкозурия – 2,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.05.18 Микроальбуминурия –22,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.05 |  |  | 13,1 | 13,8 |  |
| 23.05 | 12,3 | 11,7 | 11,8 | 10,2 |  |
| 25.05 |  |  | 8,0 | 13,2 |  |
| 28.05 |  | 10,8 | 10,0 | 11,6 |  |
| 31.05 | 8,3 | 8,8 | 7,4 | 6,7 |  |
| 02.06 | 7,9 |  |  |  |  |
| 04.06 | 8,9 | 9,9 | 11,9 | 9,8 |  |
| 05.06 | 10,1 |  |  |  |  |
| 06.06 | 8,2 | 10,4 |  |  |  |
| 07.06 | 10,3 | 9,8 | 10,8 | 13,5 | 10,4 |
| 08.06 2.00-9,3 5.00-8,4 7.00-8,6 | 7,6 |  |  |  |  |

24.05.18Невропатолог: Хр. цервикалгия, мышечно-тонический с-м, инсомния. ДЭП 1 ст. церебрастенический с-м.

24.05.18Окулист: VIS OD= 0,8 OS=0,8-0,9 ; факосклероз

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды узкие ,ход сосудов ближе к прямолинейному. Ангиосклероз, с-м Салюс 1- II ст. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

23.05.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

24.5.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4.

22.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

29.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

06.06.18 Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит с внешне и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы вне обострения. Хронический атрофический гастродуоденит не ассоциированный с H-pylori с сохранённой кислотообразующей функцией желудка.

04.06.18 ФГДЭС : атрофическая гастропатия.

19.05.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

22.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7 см3; лев. д. V = фиброз см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: культя левой доли, Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: фуромаг, Протафан НМ, индапрес, лозап, эспа-липон, Диабетон MR, вазопро, креон, метиоспазмин.

Состояние больного при выписке: Учитывая непереносимость препаратов метформинового ряда, потерю в весе, отказ от приема глифлозинов, с целью компенсации СД пациентка переведена на инсулинотерапию. Общее состояние улучшилось, уменьшилась сухость во рту, жажда, боли в н/к, нормализовался стул, аппетит. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Протафан НМ п/уж 10-14 ед. Контроль глик. гемоглобина через 3 мес. По нормализации веса, гликемии, возможен перевод на ССТ при согласии пациентки (Диабетон MR 60 мг 1-1,5-2,5т перед завтраком, при необходимости возможно, добавление вторым препаратом арфа комби или глифлозинов) ввиду непереносимости препаратов метформиного ряда.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: лозап 50-100 мг 1р/д., арифон ретард 1т 1р/д. Дообследование ЭХОКС. При недостаточном снижение АД леркамен 5-10 мг 1р/д
9. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес..
10. Эутирокс ( L-тироксин) 25 мкг утром натощак за 30 мин до еды. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек гастроэнтеролога: креон 25 тыс 1т 3р/д во врем еды 1 мес, затем креон 10 т 1т 3р/д 1 мес, метиаспазмин 1т 2р/сут 5 дней.
12. Канефрон 2т 3р/д 1 мес. Контроль ан. мочи по Ничипоренко в динамике
13. Б/л серия. АДЛ № 177555 с 22.05.18. по 08.06.18 к труду 09.05.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.