#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 359

##### Ф.И.О: Шевченко Светлана Дмитриевна

Год рождения: 1967

Место жительства: Вольнянский р-н с. Люцерна ул. Радужная, 5

Место работы: Люцернянский УВК, медсестра, инв Ш гр

Находился на лечении с 13.03.18 по 23.03.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II-Шст ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 0-1 ст, узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая) церебрастенический с-м. ДДПП ПОП, протрузия L2-L4, грыжа L5, вертеброгенная люмбалгия в стадии ремиссии. ХБП I ст. хронический пиелонефрит в стадии обострения. Кольцевидная гранулема.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, выраженные пекущие боли в стопах , усилившиеся в теченеи последних 3х мес , похолодание в н/к, снижение чувствительности в/к и н/к, выраженную общую слабость, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, отеки н/к, периодически учащенное сердцебиение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008 г. С начала заболевания принимает ССП. (диаформин). С 2013 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию: Генсулин Н + Генсулин Р п/з. .В 2017 назначен Генсулин Н 2р/д + диаформин 1000 2р/д. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 30ед., п/у-12-13 ед., диаформин 1000 1т 2р/д. Комы отрицает. Гликемия –8,8-16,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: в анамнезе хр. пиелонефрит, ДДПП ПОП. В 2016 установлен диагноз кольцевидная грануляция, получал местное лечение у дерматолога -.кловит. Повышение АД около 12 лет, принимает доксазозин 1 мес утром, индап 2,5 мг утром, бетак 10 1т. на ночь. С 2016 мелкие узлы в левой доле щит железы. АТТПО (от 2017) – 13,6, ТТГ – 0,5.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 14.03 | 145 | 4,3 | 80 | 12 | 2 | 1 | 66 | 29 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.03 | 91 | 4,01 | 0,94 | 1,84 | 1,73 | 1,1 | 5,6 | 78,1 | 12,4 | 3,1 | 1,4 | 0,1 | 0,58 |

14.03.18 Глик. гемоглобин – 7,5%

16.03.18 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

14.03.18 К –3,42 ; Nа – 135 Са++ - 1,11С1 - 99 ммоль/л

15.03.18 Проба Реберга: креатинин крови- 79 мкмоль/л; креатинин мочи- 6400 мкмоль/л; КФ-142,0 мл/мин; КР- 99,2 %

### 14.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –на всё п/зр белок – 0,020 ацетон –отр; эпит. пл. много- ; эпит. перех. много- в п/зр уретр – 3-4-5, слизь на все п/з, фосфаты много, бактерии – оч. много.

16.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -65500 эритр -500 белок – 0,030 г/мл

22.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр -250 белок – отр

15.03.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,066

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.03 | 7,7 | 9,5 | 7,5 | 8,0 |  |
| 16.03 | 7,3 | 14,4 | 10,5 |  |  |
| 18.03 | 7,0 | 7,3 | 7,9 | 6,5 | 7,1 |
| 21.03 | 5,6 | 9,0 | 7,6 | 6,4 |  |

13.03.18Невропатолог: ДЭП 1 см. смешанного генеза, церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ДДПП ПОП, протрузия L2-L4, грыжа L5 , вертеброгенная люмбалгия в стадии ремиссии. Рек: а-липоевая кислота 600 мг/сут, актовегин 10,0 в/в, келтикан 1т 2р/д.

15.03.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,9 ;

Гл. дно: артерии сужены, вены неравномерного калибра, извиты, полнокровны, с-м Салюс 1- II ст, микроанервизмы, ед. Твердые экссудаты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.03.18 ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

19.03.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: престилол 5/10 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

20.03.18 ЭХОКС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, диастолчиеской дисфункции по первому типу, регургитации 1 ст на МК и ТК, склеротических изменений створок МК ,АК.

20.03.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II – Ш ст. Рек: плетол 100 мг 1р/д, ливостор 20 мг длительно.

14.03.18 03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II ст. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. 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 сохранена..

15.03.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по атриям голеней с двух сторон. Стеноз ЗББА справа 20 – 23%..

21.03.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия мелких киста в печени, на фоне диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, фиброзирования поджелудочной кислоты .

13.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,7 см3; лев. д. V = 4,7 см3

Перешеек – 0,43 см

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. В левой дол в с/3 кольцевидный кальцинат 0,53 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Мелкий узел левой доли.

Лечение: Генсулин Н, диаформин, нуклео ЦМФ, тивортин, неогабин, доксазазин ,индап, бетак, ципрофлоксацин, флуконазол , физиолечение.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах целевого уровня, несколько уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Отмечается положительная динамика в анализах мочи.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-30-32 ед.,., п/уж 14-16- ед.,

Метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., повторный сбор суточной мочи на протеинурию/микроальубуминурию после нормализации ан. мочи по Нечипоренко для уточнения степени диабетической нефролопатии.
2. Продолжить ципрофлоксацин 500 1т2р/д, флуконазол 50 мг 1р/д до 10 дней. Контроль ан. мочи по Нечипорекно через 5 дней, затем канферон 2др 3р/д 1 мес.
3. Гипотензивная терапия: доксазазин 1 мг 1т утром, индап 2,5 м1т утром, бетак 10 мг 1т на ночь эналаприл 2,5 мг 1т веч. Контр. АД. Повторная конс кардиолога с результатами ЭХОКС по м/ж.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.,келтикан 1т 3р/д 1 мес, неогабин 75 мг 2р/д 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. диета богатая йодом.
6. Б/л серия. АДГ № 671883 с 13.03.18 по 23.03.18. к труду 24.03.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.