#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1357

##### Ф.И.О: Пискунова Надежда Евгеньевна

Год рождения: 1972

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудное, ул. Шахтерская, 4, кв. 14

Место работы: н/раб.

Находилась на лечении с 17.10.18 по  29.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2 , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Вторичный ангиотрофоневроз н/к. Вторичный лимфостаз н/к. Диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки. ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щитовидной железы, гипотиреоз средней тяжести в ст.медикаментозной компенсации. Эндокринная. офтальмопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ38,4 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. МКБ: Хронический пиелонефрит, стадия неполной ремиссии. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, зуд половых органов, общую слабость, быструю утомляемость, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, судороги, онемение пальцев стоп, парестезии в н/к, тяжесть в н/к, пекучие боли в подошвенной части стоп, похолодание в н/к, ,чередование поносов и запоров, периодически вздутие живота, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, периодически давящие и колющие боли в области сердца, учащенное сердцебиение, отеки н/к к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012 г., связывает с наследственностью. Выявлен при обследовании по поводу мочекаменной болезни – гипергликемия 8,0 ммоль/л. С начала заболевания принимает ССП. (диапирид, диаформин, диаглизид). В наст. время принимает: диаглизид 80 мг 1 т. утром, диаформин 1000 1 т.2р/д/ Гликемия – 12,3 ммоль/л. НвАIс – 9,4 % от 11.10.18. Последнее стац. лечение в 2017 г. Повышение АД в течение 3-х лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: МКБ с 2012г. 2013г-литотрипсия. С 10.2017г- Гипотиреоз, постоянно принимает эутирокс 25 мкг летом, 50 мкг зимой. ТТГ – 1,46 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 16,27 (0-30) МЕ/мл от 01. 2018 г. Повышение АД около 2-х лет, постоянно принимает корвитол 50мг 1 т утром. А анамнезе непереносимость препаратов йода.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 18.10 | 137 | 4,1 | 8,9 | 26 | |  | | 3 | 2 | 54 | 39 | | 2 | | |
| 24.10 | 135 | 3,9 | 8,4 | 29 | |  | | 1 | 2 | 54 | 37 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.10 | 91,9 | 5,33 | 0,62 | 0,95 | 3,17 | | 4,6 | 4,9 | 90 | 10,2 | 2,5 | 2,7 | | 0,14 | 0,46 |

18.10.18 ТТГ 3,81 (0,4-4,0) АТ-ТПО <20,0 (до 40)

18.10.18 К – 4,16; Nа – 136; Са++ - 1,15; С1 - 106 ммоль/л

19.10.18 Проба Реберга: креатинин крови- 80 мкмоль/л; креатинин мочи- 7370 мкмоль/л; КФ- 64,0 мл/мин; КР- 98,9 %.

### 18.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010; лейк – на ½ п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. – 1-2 в п/зр., слизь – много, соли – фосфаты, грибки – ед.

22.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 5000; эритр – 10500; белок – отр.

29.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк –23 500; эритр – 500; белок – отр.

19.10.18 Суточная глюкозурия; суточная протеинурия – отр.

##### 19.10.18 Микроальбуминурия – 125,2 мг/сут.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.10 | 9,0 | 9,1 | 9,2 | 7,5 |
| 21.10 | 7,7 | 11,2 | 8,0 | 7,2 |
| 23.10 | 8,1 |  |  |  |
| 24.10 | 8,7 |  |  |  |
| 25.10 | 7,5 |  |  |  |
| 26.10 | 7,3 | 6,3 | 6,6 | 6,9 |
| 28.10 | 6,3 | 10,0 | 8,2 | 6,3 |

22.10.18 Окулист: VIS OD= 0,2; sph -2.0 D=0.3; OS= 0,2 sph -2.0 D=0.3; Sсs OD M 1.0 D OS M 1.0 D. Уплотнение задней капсулы хрусталика. Вены отечны (в>н). Гл. дно: Сосуды узкие, умеренно извиты. Вены полнокровны. Салюс I. В макулярной области депигментация. Д-з: Осложненная катаракта, диабето-гипертоническая ангиопатия сетчатки, эндокрин. офтальмопатия ОИ.

17.10.18 ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.10.18 Кардиолог: САГ II ст. ЭХО-КС, конс уролога, нефролога, хипотел 40 мг в сут., конт АД.

19.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

24.10.18 Сосудистый хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Вторичный ангиотрофоневроз н/к. Вторичный лимфостоз н/к. р-но: плетол 100 мг в сут, ливостор 20 мг в сут-длительно.

18.10.18 Хирург: панкреатит с нарушением ферментной функции поджелудочной железы вне обострения. Хронический гастродуоденит?

26.10.18 Уролог: Мочекаменная болезнь. Хронический пиелонефрит, стадия неполной ремиссии.

18.10.18 РВГ: Объемное пульсовое кровенаполнение артерий левой н/к несколько снижено – II-III ст. Объемное пульсовое кровенаполнение артерий правой н/к несколько 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 значительно нарушена.

24.10.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диабетической ангиопатии артерий н/к. Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с двух сторон.

24.10.18 УЗ Дуплексное сканирование вен н/к: эхографические признаки локального лимфостаза обеих нижних конечностей.

26.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2 ст. с увеличением ее размеров; фиброзирования подж. железы; множественных конкрементов в левой почке, конкрементов в правой почке без нарушения урокинетики в почках.

17.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,9 см3; лев. д. V = 3,6 см3

Перешеек – 0,31 см.

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Лечение: эутирокс, азитромицин, амброксол, Инсуман Базал, эналаприл, флуконазол, диаглизид, дифоармин, каптоприл, тиолипон, асафен, фенигидин, карвалол

Состояние больного при выписке: В связи с декомпенсацией пациентка переведена на комбинированную терапию, общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, несколько уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман (пенфил) п/уж -12-14 ед., (с учетом снижения остроты зрения показано введение в пенфильной форме- выдана шприц-ручка 1 шт)
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес. после нормализации ан.мочи для уточнения степени нефропатии.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: карведилол 12,5 мг 2 р/д, индопрес 2,5 мг 1 т утром, эналаприл 10 мг 1 т 2р/д, контр АД, ЭХО-КС в план.порядке, конс кардиолога по м/ж.
9. Ципрофлоксацин 500 мг 2р/д- до 10 дней, флуконазол 50 мг 1 т 1р/д до 10 дней, конр.анюмочи по Нечипоренко, при отсутствии эффекта бак.посев мочи на флору и чувствительность к а/б.
10. УЗИ МВС 1-2 раза в год, наблюдение уролога, канефрон 2 др 3 р/д 1 мес.
11. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.-1 мес.
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 50 мкг/ сут.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.