#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 243

##### Ф.И.О: Савицкая Юлия Павловна

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Запорожье ул. Совхозная 32/17

Место работы: пенсионер.

Находилась на лечении с 16.02.18 по 26.02.18 в диаб. отд. (ОИТ 17.02.18-19.02.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). ДЭП 1 ст смешанного ґенеза (дисметабочиеского, сосудистого), церебростенчиеский с-м. Начальная катаракта, ангиопатия сетчатки ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД.

ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 0-1. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. хр. пиелонефрит, латентное течение, в стадии обострения. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, стадия субкомпенсации.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, общая слабость, снижение веса на 17 кг за год, судороги ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, учащенное сердцебиение, колющие боли в левой половине гр. клетки, раздражительность, плаксивость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 09.2017 г. В связи с потерей веса обратилась к терапевту по м\ж, была выявлена гипергликемия 18,0 ммоль/л, ацетон мочи 1+, от госпитализации тогда отказалась, принимала амарил – без эффекта. В 10.2017 консультирована эндокринологом ЗОЭД, от перевода на инсулинотерапию отказалась, Был назначен трипрайд 2т - принимала в течение 1 мес – без динамики , затем вновь амарил. В наст. время принимает: Амарил 4 мг утром + 2мг веч. Гликемия –18 ммоль/л.. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ , лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: АТТПО в 2008 600 (<34МЕ/мл), ТТГ (2013) – 7,34, принимает тироксин 25 мкг/утром, с 2013 АИТ, гипотиреоз (2013). 2015 –ЗЧМТ ушиб головног омозга перелом лобной кости справа, перелом лучевой кости справа.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 18.02 | 149 | 5,03 | 6,2 | 20 | 1 | 1 | 69 | 26 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.02 |  | 4,6 | 1,09 | 1,35 | 2,8 | 2,4 | 3,6 | 76 | 12,3 | 3,,0 | 3,2 | 0,29 | 0,35 |

19.02.18 Амилаза – 73,8

21.02.18 Глик. гемоглобин – 13,6%

19.02.18 К – 3,85 ; Nа –139 Са++ - 1,18С1 - 103 ммоль/л

23.02.18ТТГ 5,2 (0,3-4,0) МЕ/мл

19.02.18 АЧТЧ – 28 МНО 0,89 ПТИ 111,4 фибр 3,6

19.02.18 Проба Реберга: креатинин крови- 76мкмоль/л; креатинин мочи- 8140 мкмоль/л; КФ- 206мл/мин; КР- 99,2 %

### 18.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –7-8 эрит 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. –ед уретр 2-3 в п/зр слизь +

19.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - 1000 белок – отр

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

23.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

26.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок

21.02.18 Суточная глюкозурия – 1,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.18 Микроальбуминурия –39,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.02 |  |  |  | 15,2 |  |
| 17.02 | 14,1 | 17,3 | 15,6 | 8,3 | 9,0 |
| 18.02 | 8,9 | 9,9 | 5,6 | 4,3 |  |
| 19.02 2.00-10,4 | 14,2 | 7,6 | 10,5 | 8,6 |  |
| 20.02 | 9,1 | 13,2 | 13,1 | 5,5 |  |
| 22.02 | 7,6 | 7,7 | 112 | 12,1 | 8,1 |
| 23.02 | 7,0 |  | 4,2 | 4,1 | 5,8 |
| 25.02 | 7,6 | 10,2 | 5,6 | 10,4 |  |
|  |  |  |  |  |  |

20.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2) ДЭП 1 ст смешанного ґенеза(дисметабочиеского, сосудистого), церебростенчиеский с-м. Рек: афобазол 1т 3р/д, витамины гр. В, липоевая кислота 600 мг/сут, актовегин 10,0 в/в кап, L-лизин 10,0 в/в кап № 3 ,УЗДС МАГ, МРТ головного мозга

22.02.18 Окулист: VIS OD= 0,3-1,0=0,5-0,6 OS=0,1сф + 2,0=0,8 (эксц) Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды узкие, прямолинейные, склерозированы. В макуле рефлекс сглажен. На перефирии б/о. ОД в СТ плавающие помутнения. Д-з: Начальная катаракта, ангиопатия сетчатки ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД. Рек: дообследование у окулиста по м/ж.

16.02.18 ЭКГ: ЧСС 120 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ.

20.02.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 0-1. САГ 2 ст.

Рек. кардиолога: фитосед т 3р/д арифон ретард 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

22.02.18 хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

20.02.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: ДДТ ПОП № 10

16.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,2 см3; лев. д. V = 4,8см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с прослойками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: атоксил, валериана, L-тироксин, Хумодар Р100Р, аспаркам, Инсуман Комб, реосорбилакт, сода ббуфер, рингер, глюкоза 5%, калия хлорид, нефрофит, норфлоксацин, атоксил, щелочное питье, Инсуман Базал, Инсуман Рапид

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах субкомпенсированых значений, сухость, во рту, жажда, полиурия не беспокоит. АД 120/80 мм рт. ст. Пациентка прибавила в весе 3 кг за период лечения, уменьшилась тревожность, улучшился эмоциональный фон.

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
4. Инсулинотерапия: Инсуман Комб п/з- 16-18ед., п/уж -12-14 ед..
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Контроль СОЭ в динамике.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗДС МАГ, МРТ головного мозга в планом порядке с послед. конс невролога.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 50 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контр ТТГ через 6-8 нед.
12. Нефрофит сбор 1п 3р/д 1 мес

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.