#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 499

##### Ф.И.О: Светлицкая Зоя Ивановна

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Запорожье у пр, Соборный 161-26

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 30.03.17 по 21.04.17 в . энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта. Эндокринная офтальмопатия легкой степени, неактивная фаза. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза. (дисметаболическая, гипертоническая),цереброастенический с-м. Хронический бронхит, обострение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, боли в прекардиальной области

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: амарил 4 м утром + 2 мг веч, глюкофаж 1000 2р/д Гликемия –13-18 ммоль/л. НвАIс 11,8 % от 06.03.17. 03.2017 стац лечение в КУ ОМЦССЗ (выписной эпикриз № 853 прилагается), где получала коротким курсом инсулинотерапию -Хумодар Р100Р Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает гиприл А+ 1т 1р\д, индап 2,5 1р\д, бисопролол 5 мг 1р\д, С 2011 послеоперационный гипотиреоз (правостороння гемитиреоидэктомия по поводу аденоматозного узлового зоба), в настоящее время принимает эутирокс 50/25 мкг/сут, 03.17 ТТГ – 4,27 (0,3-4,0) Мме/мл; Т4св 0,89 ( 0,89-1,94) Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 04.2017 | 133 | 4,1 | 6,8 | 8 | 1 | 0 | 69 | 25 | 5 |
| 11.04 | 137 | 4,1 | 7,0 | 12 | 1 | 4 | 73 | 19 | 3 |
| 18.04 | 127 | 3,7 | 8,0 | 11 | 3 | 2 | 62 | 27 | 6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.04 | 72,1 | 4,5 | 1,71 | 1,18 | 2,54 | 2,8 | 7,8 | 96,8 | 12,0 | 2,9 | 0,94 | 0,31 | 0,27 |

07.04.17ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/мл

18.04.17 С-реактивный белок - отр

06.04.17 К – 4,133 ; Nа –137 Са - 2,38 Са++ - 96 С1 -1,08 ммоль/л

### 04.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

05.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

19.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

06.04.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 06.04.17 Микроальбуминурия –55,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.04 | 11,2 | 12,5 | 12,3 | 10,3 |
| 07.04 | 9,5 | 9,5 | 8,7 | 14,7 |
| 10.04 | 8,0 | 8,8 | 9,9 | 10,3 |
| 12.04 | 7,1 | 9,0 | 8,6 | 8,1 |
| 13.04 | 4,8 | 7,1 | 6,7 | 7,4 |
| 17.04 | 12,1 | 16,2 | 17,1 | 13,4 |
| 18.04 | 8,9 | 11,1 | 10,7 | 11,3 |
| 20.04 | 8,8 | 11,0 | 10,9 | 8,0 |
| 21.04 | 5,0 | 7,2 |  |  |

10.04.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза. (дисметаболическая, гипертоническая),цереброастенический с-м.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5) хроническое течение

05.04.17Окулист: VIS OD=0,3 OS= 0,4 веки умеренно отечны, движение в полном объеме, С-м Грефе – отр, в хрусталике очаговое помутнение ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Салюс I-II. Множественные микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта. Эндокринная офтальмопатия легкой степени, неактивная фаза.

07.04.17 0ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

03.04.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек. кардиолога: бисопролол 5-10мг 1р\д, нолипрел форте 1т\*утром Контроль АД, ЭКГ.

04.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.04.17 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В диагноз согласован

12.04.17 пульмонолог: Хронический бронхит, обострение.

13.04.17 ФГ ; 104025: легкие и сердце без патологии, увлечение ЛЖ.

05.04.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз см3; лев. д. V = 7,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,4см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культя правой доли. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: амарил, глюкофаж, эутирокс, гиприл А, индап бисопролол, диалипон, актовегин, витаксон, Протафан НМ, торсид, нолипрел форте, бифрен, индапрес, ингалипт, азицин, муколван, беродуал, метфогамма, Лантус, тиогамма,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Явления обострения хр. бронхита купированы. За время пребывания в условиях эндодиспансера проводился подбор инсулина Протафан НМ, но при изменении дозы в 2 ед., отмечались колебании гликемии от 4-12 моль/л, что требовало добавление 2-й инъекции инсулина, ввиду чего, согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больная переведена на Лантус .

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус п/уж -20-22 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина через 3 мес. при достижении компенсации СД 1р в 6 мес. , микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Нолипрел форте 1т 1р\д, бисопролол 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон (тиогамма) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: бифрен 1т 2-р\ 1,5 мес
7. УЗИ щит. железы 1р. в 1-2 года. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 25/50 мкг утром натощак за 30 мин до еды
8. Рек. окулиста: офтан катахром 1к. \*3р/д,
9. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В