#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 438

##### Ф.И.О: Светилицка Зоя Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье, пр. ленина 161-26

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.03.18 по 04.04.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. . С 2017 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Лантус п/у-30 ед глюкофаж 1000 мг 2р/д. Гликемия –7,5-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг 1р/д, С 2011 послеоперационный гипотиреоз. В настоящее время принимает эутирокс 50 мкг/сут,

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 27.03 | 126 | 4,0 | 9,8 | 26 | 2 | 1 | 61 | 31 | 5 |
| 29.03 |  |  | 11,5 | 16 | 2 | 8 | 69 | 18 | 3 |
| 30.03 |  |  | 10,3 | 21 | 1 | 2 | 58 | 38 | 1 |
| 03.04 | 132 | 4,0 | 8,5 | 22 | 3 | 3 | 58 | 34 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 27.03 | 6,1 | 5,56 | 1,37 | 1,25 | 3,68 | 3,4 | 6,3 | 10,4 | 10,2 | 2,5 | 1,2 | 0,31 | 0,25 |

27.03.18 Глик. гемоглобин – 8,2%

30.03.30. ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл

02.04.18 АЧТЧ – 26,8 МНО 0,96 ПТИ 104 фибр 3,9

### 27.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - в п/зр

29.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

28.03.18 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### .03.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.03 | 6,1 | 8,8 | 7,1 | 8,5 |  |
| 28.03 | 3,7 | 5,7 | 6,7 | 10,1 |  |
| 30.03 | 5,2 |  |  |  |  |
| 31.04 |  |  | 6,8 | 6,7 |  |
| 02.04 | 4,0 |  |  |  |  |

28.03.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5). ДЭП. 1- II смешанного генеза.

30.03.18Окулист:.Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, полнокровны, с-м Салюс 1- II ст, множественные микрогеморргаии, следы от ЛК В макулярной области рефлекс сглажен. Д-з: Незрелая катаракта Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.03.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

30.03.18 Пульмонолог: хр. Бронхит ++ нерезкое обострение. ФВД не нарушена

Кардиолог:

03.03.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

03.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

27.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

30.03.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

30.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =0,1 см3; лев. д. V = 7,1 см3

В задних отделах на границе ср/ левой доли образование 0,7\*0,5 см. с ровными контурами, гипоэхогенный неравномерной структуры. С умеренно выраженными признаками дорзального усиления. Кровоток в описанном образовании снижен. На остальном протяжении несколко гидрофильным очагов до 0,3 см. на остальном протяжении эхоструктура нормальной эхоинтенсивности, диффузно неравномреная, с чередованием гипоэхогенных участков мелкими фиброзными включениями.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Состояние после правосторонней гемиструмэктмосии. Эхопризнаки наличия мягких очагов в правой доле щит. железы на фоне изменений диффузного типа в её паренхиме

Лечение: физиотенс, Лантус, цефодокс, беродуал, АСС, тивомакс, витаксон, L-тироксин, торвакард, торадив, диалипон, актовегин, триплексан, бисопролол, диаформин , магникор

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Диалипон 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.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Й
8. Б/л серия. АДГ № 6719 с .03.18 по .04.18. к труду .04.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.