#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 438

##### Ф.И.О: Светлицкая Зоя Ивановна

Год рождения: 1952

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

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 26.03.18 по 05.04.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Послеоперационный гипотиреоз средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП 1-II смешанного генеза, церебрастенический с-м. Инсомния. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Хр. бронхит катарально гнойный, нерезкое обострение. ФВД не нарушена

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 –6,0-10 ммоль/л. глик гемоглобин 21.12.17 – 7,2% Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг 1р/д, триплексан 10/2,5/10 мг 1р/д, физиотенс 0,2-0,4 мг по требованию. С 2011 послеоперационный гипотиреоз (правосторонняя гемитиреоидэктомия по поводу адноматозного узловго зоба). В настоящее время принимает эутирокс 50 мкг/сут,

Госпитализирована 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 |

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

##### 30.03.18 Микроальбуминурия –55,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.03 | 6,1 | 8,8 | 7,1 | 8,5 |
| 28.03 | 3,7 | 5,7 | 6,7 | 10,1 |
| 30.03 | 5,2 |  |  |  |
| 31.03 | 5,0 | 5,0 |  |  |
| 01.04 |  |  | 6,8 | 6,7 |
| 02.04 | 4,0 |  |  |  |
| 04.04 | 4,2 | 5,4 |  | 10,3 |

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

30.03.18Окулист:.Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, полнокровны, с-м Салюс 1- II ст, множественные микрогеморрагии, 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 катарально гнойный, нерезкое обострение. ФВД не нарушена

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

29.03.18Гинеколог: пр. здорова.

29.03.18 ФГ ОГК№ 111323 легкие без патологических изменений сердце – гипертрофия ЛЖ.

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 неравномерная, 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 ,ацетон мочи отр, уменьшились боли в н/к. АД 130/60 мм рт. ст,

.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, окулиста, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: п/уж -20-24 ед.,

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: триплексан 10/2,5/10 1т 1р/д глицисед 1т 3р/д фитосед 1т 4р/д, 2 нед, небивалол 5 мг 1р/д физиотенс 0,2 мг утром 0,4 мг веч. дообследование ЭХОКС
5. Рек невропатолога: кветерон 25 мг ½ т веч.
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 в динмике через 5-12 мес. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 50 мкг утром натощак за 30 мин до еды.
8. Рек Пульмонолога: цефодокс 200 мг 1т 2р/д 7-8 дней ( принимает с 31.03.17), беродуал Н 2 инг 3р/д 10-14 дней и по требованию ( принимает с 31.03.18), АЦЦ 600 мг 1т в 18.00 после еды. при необходимости повторный осмотр пульмонолога через 10 14 дней, контроль ОАК в динамике через 1 нед, осмотр семейного врача по м/ж
9. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина. ,Пациентка ознакомлена с постановлением КМУ от 29.03.16 №239. « Щодо переліку хворих на цукровий діабет для відшкодування вартості препаратів інсуліну.»
10. 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.