#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1502

##### Ф.И.О: Яценко Виктория Яковна

Год рождения: 1965

Место жительства: г. Запорожье ул. Кузнцова 28- 83

Место работы: Запорожский территориальный центра соц. обслуживания,

Находился на лечении с .1211.18 по  22.11.18 в диаб. 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.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния чаше в ночное время, редко при физ нагрузках днем, периодически сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, общую слабость, быструю утомляемость, ухудшение памяти, увеличение веса на 5 кг за год,

боли, судороги, онемение ног, отеки н/к к вечеру.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. появилась сухость во рту, жажда, выраженную слабость, снижение массы тела на 20 кг за год. обратилась за мед помощью. Была вявлена гипергликемия 7,0-8,0 ммоль/л. ацетон мчои 1+ С-пептид -1,5 (1,1-4,4) от 25.12.12). В течение года принимала Диабетон MR 90 мг/сут. С 2013 на инсулинотерапии: Фармасулин НNP 2р/сут. Комы отрицает. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 32ед., п/у- 12ед. Гликемия –2,4-11,0 ммоль/л. НвАIс – 10,9 % от 09.2018 . Последнее стац. лечение в 12.2017 г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: АИТ, атрофическая форма с 1982 принимает L-тироксин 100/125 мкг через день. ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл от … .

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.11 | 142 | 4,3 | 3,6 | 20 | |  | |  | 2 | 53 | 43 | | 2 | | |
| 21.11 |  |  |  | 24 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.11 | 109,9 | 4,15 | 1,01 | 2,0 | 1,68 | | 1,0 | 3,7 | 58 | 25,8 | 4,9 | 2,7 | | 0,38 | 0,32 |
| 21.11 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,6 | 2,9 | 3,8 | | 0,4 | 0,24 |

13.11.18 Анализ крови на RW- отр

16.11.18 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл

13.11.18 К – 4,17 ; Nа –137 Са++ -1,18 С1 -101 ммоль/л

### 13.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

14.11.18 Суточная глюкозурия – 1,94 %; Суточная протеинурия – отр

##### 14.11.18 Микроальбуминурия –57,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.11 | 6,4 | 7,2 | 12,9 | 11,5 |  |
| 16.11 3.00-3,6 | 12,8 | 6,3 | 15,3 | 14,1 |  |
| 19.11 | 10,7 | 14,1 | 12,6 | 13,5 | 11,7 |
| 20.11 | 9,2 | 12,2 | 13,3 | 7,1 | 3,1 |
| 21.11 | 11,0 | 9,9 | 11,9 | 4,3 | 9,7 |

16.11.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 .

Гл. дно: сосуды сужены ,вены неравномерного калибра, умеренно извиты ,с-м Салюс 1 ст. ангиослкероз. В макуле без особенностей. Ед. микроаневризмы Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.11.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

15.11.18Кардиолог:

13.11.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

13.11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II ст Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. 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 незначительно нарушена.

12.11.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,0 см3; лев. д. V = 1,9 см3

Щит. железа меньше нормы. Контуры ровные, фестончатые.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с прослйоками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.
5. 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. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. 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.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Б/л серия. АДЛ № 1778 с .11.18 по .11.18 к труду .11.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.