#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1179

##### Ф.И.О: Гулякова Людмила Ивановна

Год рождения: 1951

Место жительства: К-Днепровский р-н, К-днепровская , пер Виноградный, 41

Место работы:

Находился на лечении с .09.18 по  .09.18 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, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, дискомфорт в прекардиальной области, боли в грудной клетки после травмы. Гипогликемические состояния еженедельно при нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1981г. . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 1997 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-12 ед., п/у- 12ед., Фармасулин НNP п/з 32 ед, п/у 28-30 ед. диаформин 1000 мг 2р/д. (пациент самостоятельно изменил схему инсулинотерапии на интенсивную) Гликемия –3,6-14 ммоль/л.. Последнее стац. лечение в 2011г. Повышение АД в течение 30 лет. В теченеи нескольких месяцев отмечает тенденцию к гипоттонии. В настоящее время принимает эналзид 10/2,5 мг 1р/д, магникор 75 мг 1р/д, бсиопролол 5 мг.

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

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.09 | 121 | 3,6 | 4,0 | 5 | |  | | 2 | 2 | 47 | 47 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.09 | 82,8 | 5,98 | 2,26 | 1,42 | 3,52 | | 3,2 | 5,9 | 71 | 12,7 | 2,9 | 3,1 | | 0,29 | 0,1 |

09.09.18 Глик. гемоглобин – 8,2%

14.09.18 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

12.09.18 К – 5,0 ; Nа – 136Са++ - 1,12С1 - 100 ммоль/л

### 12.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 10-12-13 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

13.09.18 Суточная глюкозурия – 3,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.09.18 Микроальбуминурия – 35,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.09 2.00-10,1 | 11,8 | 15,6 | 11,3 | 13,9 |
| 14.09 | 4,1 | 9,5 | 6,5 | 7,9 |
| 15.09 | 5,6 |  |  |  |
| 17.09 | 5,1 | 8,1 | 10,1 | 10,4 |

Невропатолог:

12.09.18 Окулист: VIS OD= 0,01 н/к OS= 0,1 н/к ; ОИ – артифакия, авитрия. ОД гл дно не офтальмоскопируется.. OS Гл. дно: ДЗН бледноват с пролиферацией, сосуды сужены, извиты, склерозированы, множественные микроаневризмы, легкие экссудаты. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия, авитрия ОИ, вторичная глаукома ОИ.

12.09.18 ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог:

19.09.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

12.09.18 Хирург: Ушиб грудной клетки справа. Торакалгия.

12.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено 1 ст . Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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.

13.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы. Функционального раздражения кишечника, мелких конкрементов лево почке, микролитов почках без нарушения урокинетики.

11.09.18 На р-гр ОГК легкие м, сердце в порядке. Видимые костные структры без нарушения целостности

11.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8см3; лев. д. V = 5,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. В пр доле в/3 конгломерат из двух гидрофильных узлов 1,98\*1,1 . Рядом такой же узел. 0,87\*0,48 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узлы правой доли.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, нимиз гель, актовегин, тиотриазолин, витаксон, диалипон, бисопролол, эспа-липон,

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: 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. 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.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.