#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1009

##### Ф.И.О: Балута Нина Петровна

Год рождения: 1967

Место жительства: Черниговский р-н, с. Владовка ул. Молодежная 32

Место работы: н/р

Находился на лечении с 31.07.18 по  11.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Дисциркуляторная энцефалопатия I ст, церебрастенический синдром. Диффузный токсический зоб IIст, рецидивирующее течение в ст.медикаментозной компенсации. Зрелая катаракта ОД. Артифакия OS. Эндокринная офтальмопатия легкой степени ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 30,12 кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. Гипертоническая болезнь IIстадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Неправильно сросшийся чрезвертельный перелом правого бедра. Укорочение правой н/к на 5 см. Болевой синдром.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в различное время суток без видимой причины, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения на ОИ, боли в н/к, судороги, онемение и снижение чувствительности в них, похолодание в стопах, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, нарушение походки (после пернесенной травмы в 02.2017), боли в правой н/к и поясничном отделе позвоночника, периодически учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. в кетоацидотическом состоянии II ст. С начала заболевания инсулинотерапия. Получала Хумодар Б100Р 2р/сутки. В 02.2017 в связи со стойкой декомпенсацией была переведена на дробное введение Хумодар Б100, Хумодар 100Р. В наст. время принимает: Хумодар 100Р. п/з- 22ед., п/о-12 ед., п/у- 10ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 24 ед.

Гликемия – 4,0-17,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 02.2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жихни: Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг 1 т вечером, бисопроло 5 мг вечером. С 2013г ДТЗ II ст. В 2017г рецидив тиреотоксикоза, был назначен мерказолил 15 мг в сутки с последующим снижением дозы, однако коррекция дозы ав течение года не проводилась, продолжает принимаеть мерказолил 5 мг 1 т 3р/д. ТТГ,Т; св не контролировала. 02.2017г-закр.чрезверт.перелом правого т/бедр. сустава.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 01.08 | 130 | 4,38 | 7,5 | 24 | |  | | 1 | 0 | 59 | 38 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 01.08 | 82,6 | 4,7 | 1,86 | 1,2 | 2,6 | | 2,9 | 2,4 | 84 | 10,8 | 2,7 | 1,54 | | 0,35 | 0,41 |

09.07.18 Глик. гемоглобин -10,8 %

02.08.18 Св.Т4 - 21,5 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

01.07.18 К – 3,91 ; Nа –143,7 Са++ - 1,19С1 - 104 ммоль/л

### 01.07.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ум- ; эпит. перех. - ед в п/зр

02.08.18 Суточная глюкозурия – 5,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 02.08.18 Микроальбуминурия –16,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 01.08 | 7,9 | 4,1 | 10,2 | 23,1 | 10,1 |
| 02.08 |  |  |  |  | 3,9 |
| 03.08 | 9,3 | 5,9 | 5,8 | 4,2 |  |
| 05.08 | 2,0 | 11,2 | 5,3 | 4,1 | 3,5 |
| 07.08 | 12,5 | 5,5 | 3,7 | 3,7 | 6,3 |
| 08.08 | 8,9 | 3,1 | 5,4 | 5,7 | 4,5 |
| 09.08 | 8,2 |  | 4,1 | 6,4 | 6,7 |
| 10.08 | 5,8 | 4,0 |  |  |  |

07.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). Дисциркуляторная энцефалопатия I ст, церебрастенический синдром. Р-но: нуклео ЦМФ 1 т 3р/д-1 мес, актовегин 10,0 в/в в/в, альфа-липоевая кислота 600/ сутки

07.08.18 Окулист: VIS OD= движение руки у лица OS= 0,5сф – 0,75=0,6-0,7 ; ОД в хрусталике гомогенные помутнения, рефлекса нет. OS - артифакия. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены ,вены полнокровны, сосуды извиты. В макуле без особенностей. ОИ экзофтальм, незначительный отек н/века, движение сохранены, конъюнктива спокойная. Д-з: Зрелая катаракта ОД. Артифакия OS. Эндокринная офтальмопатия легкой степени ОИ. Р-но: срочное опер.лечение на ОД.

31.07.18 ЭКГ: ЧСС 70- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

10.08.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь IIстадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН 0. Риск 4. Р-но: ЭХО-КС, престариум 5 мг, небивалол 2,5-5 мг контр.АД.

02.08.18 Травматолог: Неправильно сросшийся чрезвертельный перелом правого бедра. Укорочение правой н/к на 5 см. Болевой синдром. Р-но: продолжить лечение по м/ж, ношение ортопедической стельки, массаж, ЛФК, сан.кур.лечение.

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

07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

31.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,3 см3; лев. д. V = 11,1см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, бисопролол, мерказолил, лизиноприл, Инсуман Базал, Инсуман Рапид.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, гипогликемические состояния не отмечаются, сухость во рту, жажда не беспокоит, сохраняются боли и онемение в н/к, боли в спине. АД 120/70 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Инсуман Базал, Инсуман Рапид.

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 14-16 ед., п/о-4-6 ед., п/уж -4-6 ед., Инсуман Базал 22.00 – 18-20 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гипотензивная терапия: лизиноприл 5-10 мг вечером, бисопролол 5 мг вечером, лоспирин 75 мг 1 т вечером, Контр. АД.
7. Тирозол (мерказолил) 5мг 1т 2р/д -2 недели, затем 5 мг (поддерживающая доза) 1 т 1р/д- контроль ТТГ, Т4 св, общ. ан. крови под контролем эндокринолога по м/ж. УЗИ щит.железы 1 раз в год
8. Соблюдение рекомендаций невролога, травматолога, окулиста- см.выше.
9. ЛКК: Учитывая трудоспособный возраст, множественную сопутствующую патологию на фоне декомпенсации сахарного диабета ( посттравматическое укорочение правой н/к, снижение зрения, рецидивирующее течение тиреотоксикоза, склонность к гипогликемическим состояниям, что требует интенсивной инсулинотерапии) рекомендовано направить на ВКК по м/ж для решения вопроса о степени утраты трудоспособности.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.