#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1017

##### Ф.И.О: Белянина Светлана Ивановна

Год рождения:1938

Место жительства: г. Запорожье, ул. 40л. Независимой Украины 2а- 176

Место работы: пенс., инв.2 гр. бессрочно

Находился на лечении с 01.08.18 .по 27.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Незрелая катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб II ст. Узел левой доли. Гипотиреоз, средней тяжести, стадия медикаментозной компенсации. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. Постхолецистэктомический с-м, Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии биллиарного генеза. Вторичный колит, гипомоторная дискинезия толстого кишечника. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. Ушиб мягких тканей поясничного отдела позвоночника.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния в различное время суток, преимущественно в ночное время, предутренние часы, вздутие живота, отрыжка воздухом. повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, приступы сердцебиений, колющие боли в сердце.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан НМ.) В связи с лабильным течением, гипогликемическими состояниями Актрапид НМ был заменен на Новорапид. В 2004 в связи с сохраняющимися гипогликемическими состояниями переведена на Лантус, Эпайдра В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 1ед., п/о-1 ед., п/у- 1ед., Лантус п/з 20 ед . Гликемия –1,9-17,0 ммоль/л. НвАIс – 9,5 % от 05.2018 . Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 18лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте, кардиомагнил. С 1998 г. увеличение щитовидной железы, АТ ТПО (2010 г.) – 75 МЕ/мл (0-30). ТАПБ – фолликулярный эпителий. С 2016 г. выявлен гипотиреоз, принимает эутирокс 75 мкг утром. ТТГ – 0,77 МЕ/мл от 05.2018. Госпитализирована 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 | | |
| 02.08 | 137 | 4,63 | 7,1 | 11 | |  | | 2 |  | 69 | 25 | | 4 | | |
| 15.08 | 125 | 3,8 | 7,1 | 17 | | 286 | | 2 | 1 | 73 | 20 | | 4 | | |
| 27.08 |  |  |  | 14 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 02.08 | 42,41 | 5,91 | 1,13 | 2,48 | 2,91 | | 1,3 | 3,1 | 95 | 11,4 | 2,8 | 2,7 | | 0,49 | 0,20 |

02.08.18 Глик. гемоглобин – 8,1%

02.08.18 Анализ крови на RW- отр

02.08.18 ТТГ – 4,1 (0,3-4,0) Мме/мл,

02.08.18 К – 4,68; ;Nа – 140; Са++ - 1,21; С1 - 101 ммоль/л

02.08.18 Общ. ан. мочи уд вес: мало мочи, лейк – 3-4 в п/зр, белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед.; эпит перех. – ед..; эпит.уретр. – 4-5 в п/зр., соли - оксалаты

15.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1009, лейк – 3-4-5 в п/зр, белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед.; эпит.уретр. – много, соли – оксалаты

27.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006, лейк – 3-4 в п/зр, белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед.; эпит.уретр. 1-2 в п/зр.

03.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500, белок – отр

03.08.18 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – 0,039

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.08 | 4,7 | 10,2 | 5,5 | 7,6 | 7,4 |
| 03.08 | 2.00-7,7 |  |  |  | 23.20-2,2 |
| 05.08 |  |  | 17.15-2,9 |  |  |
| 06.08 | 4,9 | 11,2 | 6,2 | 3,6 | 4,5 |
| 07.08 | 2.00-3,0 | 13.50-2,9 |  |  |  |
| 09.08 3.35-3,7 | 12,6 | 14,7 | 11,7 | 8,6 | 7,9 |
| 10.08 | 11,5 |  |  |  |  |
| 11.08 1.25-2,2 | 11,4 | 14,2 | 16,9 |  |  |
| 14.08 |  | 9,4 | 8,7 | 3,7 | 5,4 |
| 15.08 2.00-6,9 | 5,4 |  |  |  |  |
| 22.08 | 10,1 | 13,7 | 11,3 | 12,4 |  |
| 23.08 | 6,0 | 9,0 |  |  |  |
| 26.08 | 9,4 | 12,2 | 9,8 | 11,0 | 12,5 |
| 27.08 2.00- 7,3 | 5,7 | 8,5 |  |  |  |

07.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, вестибуло-атактический, цереброастенический с-м.

06.08.18 Окулист: VIS OD= 0,09сф – 3,5=0,3 OS=0,1сф – 4,0=0,4 ;

Негомогенные помутнения в хрусталиках ОИ (больше слева) гл. дно OS не офтальмоскопирется. ОД – ДЗН бл. розовый, гр четкие, сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены неравномерного калибра, полнокровны, микроаневризмы, с-м Салюс 1- II, макула плохо просматривается. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.08.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

13.08.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

02.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.08.18 Р-грамма ПОП: Костно-деструктивных изменений нет, признаки остехандроза.

19.08.18 Травматолог ОКБ: Ушиб мягких тканей поясничного отдела позвоночника.

21.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. 2 ст.

14.08.18 Гастроэнтеролог: Постхолецистэктомический с-м, Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии биллиарного генеза. Вторичный колит, гипомоторная дискинезия толстого кишечника. Неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст.

13.08.18 Ирригоскопия: хр. колит

02.08.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 сохранена.

06.08.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника. Опущения и повышенной подвижности правой почки, мелких конкрементов в почках без нарушения уродинамики.

01.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,9 см3; лев. д. V =11,7 см3

Щит. железа увеличена за счет левой доли. Конутры неровные. Эхогеннсоть паренхимы обычная , эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом .В левой доле в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 3,0\*1,7 см. с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит железы, Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли

Лечение: Лантус, Эпайдра, Тресиба, Тиоктацид, Актовегин, Нолипрел форте, асафен, Вазилип, Эссенциале, Диклофенак.

Состояние больного при выписке: В связи с отсутствием компенсации, лабильным течением заболевания, частыми гипогликемическими состояниями, комиссионно переведена с Лантуса на Тресибу. Нормализовались показатели гликемии, гипогликемические состояния не отмечает,. Уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Пациентка ознакомлена с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» в связи с использованием аналогов.

18.08.18 пациентка упала, ударилась поясничной областью, в связи с чем была консультирована травматологом.

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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-4-6 ед., п/о-3-5 ед., п/уж -2-4 ед., Тресиба п/з 8-10 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1 таб утром, ЭХО КС по м/ж
9. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
11. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р/д, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. эутирокс 75 мкг 1 таб утром.
13. Рек. гастроэнтеролога: режим питания, гепадиф по 2 кап/2р\*день после еды до 3 мес., итомед по 1т \*2 р. в день 1 мес., легколанс по 1 пор\*2 р/день 14-30 дней, свечи глицериновые 2 р/день 10 дней, малолакт по 1 лож.\*2р/день 1 мес. после еды, повторный осмотр после лечения.
14. Диклак гель на поясничный отдел позвоночника.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.