#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1059

##### Ф.И.О: Котий Таисия Эдуардовна

Год рождения: 1940

Место жительства: к-Днепровский р-н, с. Благовещенка, ул. Пушкина, 32

Место работы: н/раб., пенсионер, инв. 2 гр.бессрочно

Находился на лечении с 14.08.18 по 27.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ, эпиритинальная мембрана, тракционный макулярный отек, Начальная катаракта ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с хроническим пиелонефритом, латентная форма. Ожирение II ст. (ИМТ 39 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб I. Узел правой доли. Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз,. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, цереброастенический с-м. Варикозная болезнь нижних конечностей, варикозное расширение вен. Вправимая послеоперационная вентральная грыжа больших размеров.

Жалобы при поступлении на жажду, мочеизнурение дважды за ночь, ухудшение зрения, боли в н/к при ходьбе, судороги, повышение АД макс. до 230/100 мм рт.ст., головокружение, одышку, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990 г. С начала заболевания принимала ССП. манинил, метформин. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С 2000 г. в связи со стойкой декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию Хумодар Б100Р, с 2003 двухкратное введение Хумодар К 25 100Р. С 2008 переведена на Новомикс. В наст. время принимает: Новомикс п/з-50 ед., п/у- 30 ед., Гликемия –9,1-11,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 17 лет. Из гипотензивных принимает индопресс, лозап, корвазан. В 2003 г. перенесла оперативное вмешательство по поводу заболевания почки. В 2010 г. холецистэктомия (ЖКБ). АИТ, мелкие узлы левой доли с 2006 г. АТ ТПО – 379 (0-30) МЕ/мл от 2006, ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл от 2017. 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 | | |
| 15.08 | 131 | 3,9 | 6,2 | 34 | | 248 | | 2 | 2 | 62 | 32 | | 2 | | |
| 22.08 |  |  |  | 14 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 15.08 | 50,1 | 7,89 | 2,55 | 1,27 | 5,45 | | 5,2 | 5,9 | 108 | 11,6 | 2,5 | 1,7 | | 0,32 | 0,59 |

15.08.18 Глик. гемоглобин – 9,6%

15.08.18 Анализ крови на RW--отр

15.08.18 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл.

15.08.18 К – 4,53; Nа – 150; Са++ - 1,19; С1 - 100 ммоль/л

### 15.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012; лейк – на 1/2 п/зр; белок – 0,140 г/л; ацетон –отр; эпит. пл. – умер.к-во; слизь, бактерии на все п/зр.

17.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 5000; эритр, белок – отр

16.08.18 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – 0,104

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.08 | 5,3 | 7,9 | 7,9 | 11,7 |  |
| 19.08 | 5,1 | 4,8 | 4,9 | 4,9 | 3,7 |
| 23.08 | 8,1 | 10,3 |  |  |  |

20.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3). Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, цереброастенический с-м,

16.08.18, 21.08.18 Окулист: VIS OD=0,3 сф+2,5 Д=0,3-0,4; OS=0,4 сф+2,5 Д=0,5; Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Справа от ДЗН в СТ тянется формирующийся пролиф.тяж., Сосуды сужены, извиты, склерозированы.. Салюс II. В макулярной, парамакулярной области переливчатость, микроаневризмы, друзы. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ, ЭРМ, тракционный макулярный отек, Начальная катаракта ОИ.

20.08.18 ЭКГ: ЧСС -46 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

17.08.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз,. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Лозап 100 мг/сут., карведилол 12,5-25 мг/сут.

Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

15.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Варикозная болезнь нижних конечностей, варикозное расширение вен. Вправимая послеоперационная вентральная грыжа больших размеров.

150.08.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы слева, справа снижено I ст. Тонус крупных артерий левой н/к умеренно повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра правой н/к незначительно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Затруднение венозного оттока слева.

14.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,0 см3; лев. д. V = 3,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом и гидрофильными очагами до 0,4 см. в левой . В лев. доле в ср/3 узел с кальцинированной стенкой 0,8\*0,7 см Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Новомикс, индопресс, Лозап, Корвазан, тивортин, актовегин, мильгамма, орзол, вазилип, асофен.

Состояние больного при выписке: гликемия субкомпенсирована гипогликемических состояний не отмечает, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну».ОТ перевода на другие виды инсулина отказалась.

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: Новомикс п/з-50-52 ед., п/уж -30-32 ед.,
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 мг- 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: лозап 50 мг утром, индапресс (индап) 2,5 мг утром, карвазан 12,5 мг утром. Контр. АД.
9. мильгамма 1т.\*3р/д 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Ципрофлоксацин 400 мг по 1 т \*2р/д 10 дней, флуконазол 50 мг 1 т в сут..,, Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
13. Рек. окулиста: конс. витреоретинального хирурга.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.