#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1095

##### Ф.И.О: Широкова Людмила Алексеевна

Год рождения: 1966

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак, ул. Гоголя, 69

Место работы: инв. III гр.

Находился на лечении с 21.08.18 по  30.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ, нисходящая частичная атрофия зрительных нервов обоих глаз. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 39 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб I ст. Узел правой доли Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный порок сердца СН I Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. ТИА в вертебро-базилярном бассейне (2009 г.).

Жалобы при поступлении на умеренную общую слабость, сухость во рту, жажду, ухудшение зрения OD, боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение чувствительности ног, периодическая шаткость при ходьбе, головокружение, нарушение походки, шум в голове, отеки стоп к вечеру, онемение в пр.в/к и пр. н/к., повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст.,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009 г. во время стац. лечения в невр. отд. ЦРБ по поводу ТИА. С того же времени назначена инсулинотерапия (Фармасулин Н, Фармасулин НNР) Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з-38 ед., Фармасулин Н п/з 16 ед; , Фармасулин НNР п/у- 36 ед., метамин 1000 мг 2 р/сут. Гликемия –3,5-11,0 ммоль/л. НвАIс – 8,1 % от 04.2018. Последнее стац. лечение в 2016 г.

Повышение АД с 1986 г.. Из гипотензивных принимает вазар 160 мг, карвидилол 25 мг/сут, арифам 5 мг в сут. Узловой зоб с 2016 г. ТТГ – 2.3 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – <10 (0-30) МЕ/мл, кальцитонин < 2 нг/л (< 5) от 2016 г. ТАПБ не проводилась.

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

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 22.08 | 156 | 4,7 | 8,3 | 18 | |  | | 2 |  | 66 | 30 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 22.08 | 81 | 4,7 | 2,5 | 0,89 | 2,66 | | 4,3 | 7,5 | 95 | 10,4 | 2,5 | 5,3 | | 0,32 | 0,77 |

22.08.18 Глик. гемоглобин – 8,5%

22.08.18 Анализ крови на RW- взят

22.08.18 ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

22.08.18 К – 4,66; Nа – 136; Са++ - 1,10; С1 - 102 ммоль/л

### 22.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020; эритр 0-0-1 в п/зр; лейк – 3-4-5 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – умер. к-во; эпит.уретр. – 0-1-2 в п/зр; бактерии +, грибки – ед.

27.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 3500; эритр - белок – отр

23.08.18 Суточная глюкозурия, Суточная протеинурия – отр

##### 23.08.18 Микроальбуминурия – 78,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.08 | 9,4 | 4,9 | 5,0 | 6,9 |  |
| 23.08 | 7,3 |  |  |  |  |
| 25.08 | 6,5 | 5,2 | 4,9 | 5,7 | 4,8 |

15.07.16 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. ТИА в ВВБ (2009 г.)

28.08.18 Невропатолог: Рассеянный склероз?

27.08.18 МРТ гол. мозга: диффузное патологическое повышение сигнала от перивентрикуярного белого вещества у стенок задних рогов боковых желудочков, единичный очаг у стенки заднего правого бокового желудочка. Изменения следует дифференцировать между ранней манифестацией сосудистой лейкоэнцефалопатии и проявлениями демиелинизирующего процесса.

27.08.18 Окулист: VIS OD= 0,02; эксц. OS= 0,03 не кор. Жалобы на резкое снижение остроты зрения на правый глаз в декабре 2017 г. Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН OD бледноват, OS бледно-розовый. Границы четкие. Артерии сужены,. Вены расширены, неравномерного калибра, сосуды извиты, выраженный ангиосклероз, микроаневризмы. Д-з. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ, нисходящая частичная атрофия зрительных нервов обоих глаз.

08.08.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Гипертрофия левого желудочка.

23.08.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный порок сердца СН I Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4.

Рек. кардиолога: карведилол 12,5-2р /д., лозап 100 мг/сут, амлодипин 5-10 мг/сут, арифон ритард 1 таб утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., кардиомагнил 75мг 1т. веч., Контроль АД.

24.08.18 ЭХО КС: стенки аорты, фиброзные кольца уплотнены. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Створки АК и МК утолщены, движение правильное. Гипертрофия ЛЖ. Регургитация на МК и ТК 1 ст. ДДЛЖ 1-го типа МК (Е/А 0,75). Фиброз МК клапана, умеренный фиброз АК.

27.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

24.08.18 УЗИ н/к: Эхопризнаки стенозирующих атеросклеротических изменений артерий нижних конечностей. Допплерографические признаки диабетической микроангиопатии.

24.08.18 Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий, транскраниальное дуплексное сканирование: Заключение: атеросклеротические изменения сонных артерий, атеросклеротическая бляшка в устье правой и левой ВСА (стеноз устья ВСА 28 % справа и 31 % слева по NASCET). Гипертоническая ангиопатия с формированием извитости ОСА с двух сторон. Гипоплазия левой ПА, малый диаметр правой ПА. Признаки дегенеративно-дистрофических процессов в ШОП в виде нарушения хода ПА в костном канале. Признаки дефицита кровотока по правой и левой ПА (реверсный кровоток по левой ПА). Признаки венозной дисциркуляции в вертебральном бассейне. Снижение скоростей кровотока по обеим позвоночным артериям в сегменте V 4 при поворотах головы в обе стороны (экстравазальная компрессия, наиболее выраженная при повороте головы вправо). Нарушен венозный отток.

21.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1 см3; лев. д. V = 5,7 см3

Перешеек – 0,37 см. Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, в целом однородная. В пр. доле у переднего контура изоэхогенный узел 1,2 \*0,9 см с пристеночными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Мефармил, Вазар, Карведилол, Асафен, Вазилип, Арифам 1,5/5 мг, Эспа-липон, Нуклео ЦМФ, предуктал MR.

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, сохраняются боли в н/к, шаткость при ходьбе, головокружения, нарушение походки, низкое зрение. АД 130/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну». В связи с низкой остротой зрения комиссионно рек-н перевод на пенфильные формы инсулина, выданы 2 шприц-ручки Хумопен.

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: п/з Фармасулин Н -14-16 ед, Фармасулин НNР – 38 ед., п/уж Фармасулин НNР – 36-38 ед.,
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: вазар 160 мг утром, карвидилол 12,5 мг по 1т \*2 р, арифам 1,5/5 мг 1 т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
10. Рек. невропатолога: повторное МРТ исследование с введением контрастного препарата на аппарате с индукцией магнитного поля 1,5 Тл., консультация зав. I-неврол. отд. ОКБ для уточнения диагноза.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит. железы с послед. конс. эндокринолога.
12. Рек. окулиста: дообследование у невропатолога.
13. Контроль ОАК в динамике,

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.