#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 623

##### Ф.И.О: Жернова Леся Григорьевна

Год рождения: 1951

Место жительства: г. Запорожье ул. Культурная 12

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 03.05.18. по 09.05.18 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 210/120 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Принимала ССТ коротким курсом, затем ИТ. Принимала различные виды инсулина. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 6ед., п/у-6 ед., Инсуман Базал п/з 24ед, п/у 16 ед Гликемия –2,3-17,8 ммоль/л. НвАIс - 8,8% от 03.05.18 . Последнее стац. лечение в 2014г. АИТ, гипотиреоз с 2000, постоянно заместительная терапия. Принимает L-тироксин 100 мг. АТТПО – 1285,0 ( 0-30) от 13.05.18. Госпитализирован 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 | | |
| 04.05 | 133 | 4,0 | 5,8 | 17 | |  | | 0 | 1 | 54 | 44 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.05 | 75,9 | 7,05 | 1,19 | 1,9 | 4,6 | | 2,7 | 7,05 | 81 | 12,2 | 3,0 | 2,2 | | 0,2 | 0,25 |

03.05.18 Глик. гемоглобин – 8,8%

04.05.18ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл

04.05.18 К – 4,0 ; Nа –132,7 Са++ -1,07 С1 - 105 ммоль/л

### 04.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

08.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 580000 эритр - белок – отр

07.05.18 Суточная глюкозурия – 2,0%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.05 |  |  | 3,5 | 7,9 | 11,6 |
| 04.05 2.00-6,3 | 6,6 | 5,5 | 8,2 | 16,2 |  |
| 07.05 |  |  |  | 9,0 | 4,7 |
| 08.05 2.00-2,5 | 9,9 | 14,8 | 13,0 | 17,6 |  |
| 10.05 | 7,9 | 13,8 | 15,8 | 16,9 |  |
| 12.05 |  | 14,1 |  |  |  |
| 13.05 | 11,7 | 16,0 | 17,0 | 13,5 |  |

07.05.18Невропатолог: ДЭП II смешанного генеза, церебрастенический с-м. с-м паркинсона? Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

04.05.18Окулист: VIS OD= 0,3н/к OS=0,04 н/к ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: OS – в стекловидном теле фиброзные изменения в центральной области. гл дно под густым флером, плохо просматривается. ОД – сосуды сужены, извиты, склерозированы, извиты, склерозированы, вены полнокровны. С-м Салюс 1- II ст, микроаневризмы в макуле точечные геморрагии. Д-з: Пролиферативная ? диабетическая ретинпатия , фиброз стекловидного тела OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Осложнённая катаракта ОИ.

02.05.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена вправо. Блокада задней ветви ЛНПГ

05.05.18Кардиолог: Врождённый порок сердца, стеноз ++ артерий. Артериальная гипертензия Ш ст.

12.05.18ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крыпных сосудов норме. Уплотнение аорты. Умеренная гипокинезия с/3 и /н3 МЖПСистолическая дисфсункция ЛЖ. Гипертрофия Миокарда ПЖ. Фиброз клапана ЛА. Стеноз ЛА 2 ст. Минимальная трикуспидальная регургитация. Диастолическая дисфункция ПЖ 2 ст. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется.

03.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

08.05.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

11.05.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы, застоя в желчном пузыре, перегиба в области шейки

03.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,7 см3; лев. д. V = 3,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, диаформин, левофлоксацин, Инсуман Рапид, диалипон, креон, витаксон, тивортин, нуклео ЦМФ, пирацетам, L-тироксин

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, 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: Инсуман Рапид п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Инсуман Базал 22.00 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога:
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. 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.
11. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. .

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.