#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 623

##### Ф.И.О: Жерновая Леся Григорьевна

Год рождения: 1951

Место жительства: г. Запорожье ул. Культурная 12

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 03.05.18. по 21.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия , фиброз стекловидного тела OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Осложнённая катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ДЭП II смешанного генеза, церебрастенический с-м. Врождённый порок сердца, стеноз легочной артерий. Артериальная гипертензия Ш ст. Хронический панкреатит в стадии обострения. Хронический пиелонефрит в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния чаще в ночное время с 3.00 до 5.00, 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, 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 | | |
| 18.05 | 140 | 4,2 | 4,8 | 15 | |  | | 0 | 1 | 64 | 34 | | 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 – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

### 18.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 4-5 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

14.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 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 |  |
| 16.05 | 7,2 | 6,5 | 11,3 | 6,0 |  |
| 17.05 |  | 5,5 | 7,5 |  |  |
| 18.05 0.00-2,5 | 7,3 | 15,5 | 11,3 | 10,8 |  |
| 20.05 |  | 10,7 | 14,6 | 9,9 |  |

07.05.18Невропатолог: ДЭП II смешанного генеза, церебрастенический с-м. С-м Паркинсона? Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3).

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 ретинопатия , 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 легочной артерий. Артериальная гипертензия Ш ст.

12.05.18ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов норме. Уплотнение аорты. Умеренная гипокинезия с/3 и /н3 МЖП Систолическая дисфункция 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.

16.05.18 ФГДЭС: недостаточность кардии. Очаговая эритематозная кардиопатия, гастродуоденостеноз?

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, гипогликемии не беспокоят, умеренное повышение гликемии после еды связано с обострением хр. панкреатита., уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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 Базал (пенф) п/з 34-36 п/у 16-18ед.
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: дилтиазем ретард 1т 1р/д, эналаприл 10 мг 2р/д,
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.,. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 100 мкг/сут за 30 мин до еды.
11. Рек гастроэнтеролога: итомет 1т 2р/д или цирукал 2,0 в/м, мезим 10 тыс 1т 2р/д по время еды, дообследование Р-скопия желудка с пассажем бария, повторный осмотр после дообследования

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.