#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 645

##### Ф.И.О: Гордик Ирина Викторовна

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье ул. Микояна 12-12

Место работы: н/р

Находился на лечении с 10.05.18. по 23.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 7, NDS 6). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложнённая катаракта ОИ. Частичный птоз верхнего века OS ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл. Метаболическая кардиомиопатия СН II А. Фкл II. САГ II А. ф. кл II. ДЭП II , смешанная форма, цефалгический с-м, церебрастенический с-м. Остеоартроз коленных, тазобедренных суставов Ro II . НФС 1- II в сочетании с диаб, артропатией.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, пекущие боли в подошвенной части стоп. головныек боли . периодически тошноту рвоту

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г при обследование у окулиста по поводу снижения зрения. С начала заболевания принимала ССП: диаглизид, диаформин. В 11.2017 переведна на инсулинотерапию В наст. время принимает: Инсулар Стабил п/з 18 ед, п/у -16 ед., метамин 500 мг 2р/д. Гликемия –15-18 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ с 2008 гипотиреоз, с того же времени принимает L-тироксин 100 мкг/сут. ТТГ – 6,68 (0,3-4,0) Мме/мл от 03.2018; 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 | | |
| 11.05 | 119 | 3,6 | 6,6 | 41 | |  | | 2 | 0 | 59 | 35 | | 4 | | |
| 22.05 | 117 | 3,5 | 6,1 | 44 | |  | | 1 | 1 | 66 | 31 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.05 | 53,3 | 5,4 | 2,54 | 0,98 | 3,2 | | 4,5 | 5,97 | 12,5 | 9,2 | 2,6 | 10,5 | | 0,53 | 0,44 |

11.05.18 Глик. гемоглобин – 13,0%

21/05/18 Ревм Ф – 4,68 МЕ/мл (0-14.0) СРБ - 10.8 мг/мл (0-5,0)

18.05.18 креатинкиназа –МВ (КК-МВ) – 13,1 Е/л

11.05.18 К – 4,95 ; Nа –147 Са++ -1,19 С1 -107,2 ммоль/л

### 11.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1002 лейк – 7-5 в п/зр белок – 0,100 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

15.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,030

14.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,105

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.05 |  |  | 13,5 | 10,5 |  |
| 11.05 | 8,1 | 16,7 |  |  |  |
| 14.05 | 7,3 | 10,7 | 11,6 | 8,7 | 5,6 |
| 19.05 | 6,5 | 12,6 | 6,5 | 9,9 | 7,5 |
|  |  |  |  |  |  |

15.05.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5).ДЭП II ст, смешанного генеза, цефалгический, церебрастенический с-м.

11.05.18 Окулист:. Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: вены неравномерного калибра, артерии сужены, с-м Салюс ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ, Частичный птоз в века OS.

10.05.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

14.05.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл. Метаболическая кардиомиопатия II ф .кл СН II А. Фкл II САГ II А. ф. кл II. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, эналаприл 10 мг 2р/д, небивалол 2,5-5 мг/сут, изокет спрей при болях АД, ЧСС. Дообследование NTproВNP, ФВД КАГ, повторный осмотр .

15.05.18 ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. Минимальная регургитация на МК и ЛА. Дополнительная хорда ЛЖ.

16.05.18 Допплерография экстракраниальных артерий: Имеются эхопризнаки стенозирующего атеросклероза без системного дефицита кровотока, гипертонической ангиопатии с формированием аретриальных деформаций, гемодинамически незначимых, дисциркуляции в ВББ, высокого вхождения правой ПА в костный канал на уровне С5, варианта развития правой ПА, S-образной извитости левой ПА в сегменте V1 с нарушением локальной гемодинамики в зоне деформации, признаки патологии в ШОП (ДДПП? Нестабильность в ШОП?) признаки венозной дисфункции.

23.05.18 Ревматолог: Остеоартроз коленных, тазобедренных суставов Ro II . НФС 1- II в сочетании с диаб, артропатией

14.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

11.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

14.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,8см3; лев. д. V = 4,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом и единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсулар Стабил, L-тироксин, метамин, диалипон , витаксон, Хумодар Р100Р, асафен, небивалол, актовегин, нуклео ЦМФ. нейротропин

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з-22-24 ед., п/уж -16-18 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: небивал 2,5 мг, эналаприл 10 мг/сут, эналаприл 10 мг утром. Контр. АД.
5. 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.
6. Рек. невропатолога: сермион 30 мг 1р/сут 2 мес , нуклео ЦМФ 1т 3р/д 1 мес, актовегин 10,0 в/в
7. L-тироксин (эутирокс) 100 мкг утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек ревматолога:: пиаскледин 300 мг 1т утром с едой до 3-4 мес. сустамар 1т 2р/д 3 нед, 1 нед. перерыв далее 1 т/сут 2 нед каждый месяц, местно бифлекс крем 2р/сут 2 нед

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.