#### 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 06.05.18. по 15.05.18 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, 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 обследвоание 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 3р/д. Гликемия –15-18 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ с 2008 гипотиреоз, с того же времен ипринмиает L-тироксин 100 мкг/сут. ТТГ – 6,68 (0,3-4,0) Мме/мл; 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 | | |
| 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%

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

1414.05.18 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 неравномернго калибра, аретрии 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.

15.05.18 ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосдов в норме. Долнительных токов крови в области перегородок не регистррируется. 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 входжения 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.

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 сохраненна.

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:

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, 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: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 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. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. 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.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Б/л серия. АДГ № 6719 с 06.05.18. по 15.05.18 к труду .05.18

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В.