#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 669

##### Ф.И.О: Чернявская Рима Михайловна

Год рождения: 1975

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токма ул Щавы

Место работы: н/р

Находился на лечении с 10.05.18. по 23.05.18 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, головные боли, гипогликемические состояния утром .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. ранее вводил Актрапид НМ, Протофан НМ. В 2008 в связи с гипогликемическими состояния переведена на Лантус, Эпайдра. Сахар крови 2,8-3,2-13. Комы отрицает. В наст. время принимает: Эпрайдра п/з-6 ед., п/о- 4ед., п/у- 5ед., Лантус 22.00 16 ед. Гликемия –12,4 ммоль/л. НвАIс – 6,7 % от 03.18.. Последнее стац. лечение в 2017г. В 2005 выявден. АИТ гипотиреоз, принимает эутирокс 100/125 мкг черед день. АТПТО – 291 МЕ/мл от 2014. 2013 ТАПБ - цитологическая картина соответствует ацтоимунному тиреоиду с пролиферацией фолликулярного эпителия. 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 | | |
| 15.05 | 124 | 3,7 | 4,5 | 10 | |  | | 1 | 1 | 58 | 36 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 15.05 | 90,8 | 5,02 | 0,78 | 1,58 | 3,08 | | 2,1 | 4,5 | 64 | 12,4 | 2,9 | 4,1 | | 0,1 | 0,1 |

16.05.18 Глик. гемоглобин -7,6 %

15.05.18 Анализ крови на RW- отр

18.05.18 ТТГ –1,6 (0,3-4,0) Мме/мл

15.05.18 Железо - 6,3 ( 10,7-32,2)

15.05.18 К – 4,2 ; Nа –139 Са++ -1,12 С1 - 100 ммоль/л

### 15.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк – 3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

17.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 8000 эритр - белок – отр

21.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 500 эритр - белок – отр

16.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 16.05.18 Микроальбуминурия –26,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.05 | 5,0 | 3,4 | 4,1 | 6,1 |  |
| 17.05 |  | 14,1 |  |  |  |
| 20.05 |  | 4,2 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

15.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1 ст, смешанного генеза, церебрастенический с-м. Рек: бифрен 1т 3р/д 1 мес, магне В 6 1т 2р/д, нейротропин 2,0 в/м. келтикан 1т 3р/д

17.05.18 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,5 цил – 0,75=0,8 .

Гл. дно: сосуды извиты, неравномерного калибра ,вены полнокровны, сосуды широкие. Полнокровные. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

16.05.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия с-м укороченного PQ.

Рек. кардиолога: карбонат 1т 3р/д,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.05.18 ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови орбласти перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. ПМК 1 ст с регургитация до 1 ст Минимальная трикуспидальная регургитация 2 дополнительных хорды ЛЖ

18.05.18 Р-скопия ЖКТ: хр. гастрит.

21.05.18 Гематолог: у больной железодефицитная анемия легкой степени.

17.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

18.05.18 РВГ: 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. Нарушение кровообращения 1 ст с обеих сторон..

18.05.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; застоя в желчном пузыре, нельзя исключить наличие микролитов в почках перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

21.05.18 гатсроэнтеролог: Неалкогольная жировая болезнь печени Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический гастрит в стадии обострения. Рек: стол № 5 гепадиф 2т 2р/д после еды 1 мес, эзолонг 40 мг 1т 1р/д д за 1 час до еды 2 нед. гастронорм 2т 3р/д за 30 мин до еды 2 нед. Контроль ФГДЭС через 6 мес.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

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.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При нестабильной гликемии повторная консультация в КУ «ОКЭД» ЗОС, для решения вопроса о дальнейшей тактики инсулинотерапии.

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. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.