#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1348

##### Ф.И.О: Задорожняя Татьяна Васильевна

Год рождения: 1960

Место жительства: Пологовский р-н, с. К Роздоры ,ул. Суворова 46

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 16.10.18 по  26.10.18 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 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/190 мм рт.ст., головные боли, головокружение, дискомфорт в прекардиальной области раздражительность, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы гипогликемическая – 2209 . С начала заболевания принимает ССП. . С 2004 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з-22 ед., п/у- 18ед., метамин Гликемия –5,8-17 ммоль/л. НвАIс – 6,8 % от 03.10.18 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает эналазид, леркамен 10 мг, смешанный зо бс2009 АТТПО – 15,0 ТАПБ узлов - 2009-в/3 левой доли аденоматозный узел ++ .

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 | | |
| 17.10 | 149 | 4,5 | 4,6 | 21 | |  | | 1 | 1 | 53 | 43 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.10 | 73,2 | 4,52 | 1,36 | 1,5 | 2,3 | | 1,8 | 3,8 | 87 | 14,7 | 3,6 | 1,2 | | 0,11 | 0,12 |

19.10.18 ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл

17.10.18 К – 4,03 ; Nа – 140,5 Са++ -1,08 С1 - 104 ммоль/л

17.10.18 АЧТЧ – 26,1 МНО 0,89 ПТИ -112 фибр – 3,0

### 16.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум; эпит. перех. - в п/зр

17.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -13000 эритр - белок – отр

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

22.10.18 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.10 |  | 5,5 | 9,4 |  |  |
| 17.10 | 6,7 |  | 7,6 | 8,2 |  |
| 18.10 | 7,3 | 10,8 |  |  |  |
| 19.10 2.00-4,3 | 5,9 | 11,2 |  | 10,2 |  |
| 22.10 | 8,3 | 13,0 | 6,1 | 11,6 |  |

18.10.18 Окулист: VIS OD= 0,06сф – 4,0=0,6 OS=0,05сф – 4,0=0,7 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: артерии сужены, вены расширены, уплотнены, полнокровны, с-м Салюс 1- II ст. по з. полюсу перегруппировка пигмента, ед, друзы, микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. . Начальная катаракта ОИ.

24.10.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада срединного разветвления ЛНПГ..

17.10.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце.. Риск 4.

23.1.018 На р-гр обеих коленных суставах признаки субхондрального склероза, заостренности межмыщелковых возвышенностей и сужение суставных щелей, характерно для ДОА II ст. более выраженно справа.

25.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к ВРВ (поверхностных) II – Ш ст.

18.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. справа ,слева снижен 1 ст.Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

16.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,2 см3; лев. д. V = 10,4см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена Эхоструктура мелкозернистая, мелкий фиброз. В пр доле изоэхоегнный узел с гидрофильным ободком 2,5\*1,5 см. В с/3 правой доли такие же узлы 0,9 см и 0,6 см. В левой доле в /3 такой же узел 2,8\*2,1 см с кистозной дегенерацией. В /3 левой доли такой же узел 1,96\*1,46 см. У перешейка слева узел с кальцинированной стенкой 1,75\*1,2 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей и перешейка

Лечение: ципрофлоксацин, Фармасулин НNP, метамин, каптоприл, корвитол, эналаприл, леркамен, вазилип, мефармил, тиолипон, витаксон, нуклео ЦМФ

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. Преднизолон 5 мг 2 табл в 8.00, 2 табл в 11.00 ,дозу преднизолона постепенно уменьшать на 5 мг 1 раз в неделю до отмены препарата ,под контролем ОАК
3. Тирозол (мерказолил) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
4. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
5. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
6. 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. 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., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.,. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
8. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
9. Б/л серия. АДЛ № 1777 с .10.18 по .10.18 . продолжает болеть. С 10.18 б/л серия АДЛ № 1777 на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай» № договора
10. Б/л серия. АДЛ № 1777 с .10.18 по .10.18 к труду .10.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.