#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1375

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

Год рождения: 1951

Место жительства: г. Запорожье ул. Культурная 12

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 19.10.18 по  01.11.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия. Фиброз стекловидного тела OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. осложненная катаракта ОИ. Миопия OS. ДЭП II, смешанного генеза, цереброастенический с-м, с-м Паркинсона. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП IIV ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной компенсации. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Врожденный порок сердца стеноз легочной артерии. Артериальная гипертензия 2 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 210/120 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния в ночное время, сос лов гипогликемия с потерей сознания 17.10.18 в 20.00.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Принимала ССТ коротким курсом, затем ИТ. Принимала различные виды инсулина. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 34ед., п/у-20-22 ед., Инсуман Рапид п/з 4 ед, п/у 0-2ед Гликемия 2,5–18 ммоль/л. НвАIс -9,8 % от21.09.18. Последнее стац лечение 05.2018. АИТ, гипотиреоз с 2000 постоянная заместительная терапия, в настоящее время принимает L-тироксин 100 мкг. ТТГ -3,42 (0,3-4,0) от 21.10.18. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, в связи с участившимися гипогликемиями, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 22.10 | 128 | 3,8 | 4,6 | 19 | |  | | 1 | 1 | 60 | 31 | | 7 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 22.10 | 79 | 5,51 | 0,85 | 1,65 | 3,57 | | 2,4 | 4,4 | 73 | 9,9 | 2,2 | 0,36 | | 0,24 | 0,58 |

24.10.18 Глик. гемоглобин – 8,8%

22.10.18 К – 4,35 ; Nа – 135 Са++ -1,11 С1 -100 ммоль/л

### 22.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

22.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

22.10.18 Суточная глюкозурия – 1,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.18 Микроальбуминурия –40,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.10 |  |  |  | 21.20-1,9 |
| 20.10 | 7,7 | 8,0 13.30-2,2 | 6,1 | 7,5 |
| 21.10 3.00-2,3 | 10,7 | 12,1 | 11,0 | 14,3 |
| 22.10 2.00-6,6 | 7,0 | 12,9 | 9,2 | 14,1 |
| 23.10 | 5,1 | 9,0 | 9,4 | 10,9 |
| 25.10 | 5,4 | 12,7 | 10,9 | 14,1 |
| 28.10 | 6,5 | 10,6 | 9,4 | 7,9 |
| 30.10 | 4,5 | 10,9 | 13,7 | 15,2 |
| 31.10 | 9,3 | 12,3 | 9,7 | 4,4 |
| 01.11 | 5,9 |  |  |  |

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).

23.10.18Окулист: VIS OD= 0,3н/к OS= 0,04 н/к ;

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: OS – в СТ фиброз, гл дно плохо просматривается. ОД – на гл дне сосуды сужены извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс 1 ст. Микроаневризмы. Микрогеморрагии. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия. Фиброз стекловидного тела OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. осложненная катаракта ОИ. Миопия OS .

19.10.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

23.10.18Кардиолог: Врожденный порок сердца стеноз легочной артерии. Артериальная гипертензия 2 ст.

03.05.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

30.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

29.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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 незначительно нарушена.

24.10.18 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

03.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,7 см3; лев. д. V = 3,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, прослойки фиброза Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: амлодипин, асафен, айлар, диалипон, миддрокард, Инсуман Базал, L-тироксин, нолипрел би форте, армадин, витаксон, вазилип.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, гипогликемии не отмечаются, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 27.02.17 №81-з комиссионно, больной переведен на Айлар. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

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: Айлар п/з-40-42 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д , амлодипин 10 мг, индапрес 2,5 мг утром.
9. Гипотензивная терапия: В настоящее время принимает нолипрел би форте, амлодипин 10 мг веч.
10. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. L-тироксин 100 мкг утром натощак за 30 мин до еды.
12. Рек окулиста: конс витреоретинального хирурга для решения вопроса об оперативном лечении OS.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.