#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 101

##### Ф.И.О: Шевченко Галина Михайловна

Год рождения: 1962

Место жительства: Токмакский р-н, г .Молочанск, ул, Юбилейная 5

Место работы: н/р,

Находился на лечении с 19.01.18 по 29.01.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III-ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб I. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения II- ф.кл. диффузный кардиосклероз СН II А.ф. кл II. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Двусторонняя хр. сенсоневральная тугоухость.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 20 кг за 3года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, , общую слабость, быструю утомляемость, дискомфорт в прекардиальной области, тошноту.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. Ранее принимала диаглизид 30 мг 1т 2р/д, диаформин 850 2р/д Ухудшение состояния с 12.2017. Госпитализирована в терап отд Токмакской ЦРБ в кетоацидотическом состоянии. (выписной эпикриз № 4167 прилагается). Во время сац лечения назначена инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 18ед., п/о-16 ед., п/у- 10ед., Хумодар Б100Р 22.00 4 ед. Гликемия –10-14 ммоль/л. Повышение АД в течение 3 лет. гипотензивную терапию не получает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | тр | э | п | с | л | м |
| 19.01 | 155 | 4,8 | 6,8 | 8 | 254 | 0 | 2 | 50 | 42 | 6 |
| 23.01 | 143 | 4,1 | 5,3 | 16 |  | 2 |  | 48 | 49 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 19.01 |  |  |  |  |  |  | 7,1 | 80 | 13,2 | 3,4 | 3,87 | 0,2 | 0,46 |
| 22.01 |  | 4,97 | 1,98 | 1,1 | 2,96 | 3,5 |  |  |  |  |  |  |  |

19.01.18 Амилаза – 10,9

22.01.18 Глик. гемоглобин – 11,6%

22.01.18Св.Т4 - 14,8 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО – 82,1 (0-30) МЕ/мл

19.01.18 Гемогл –155 ; гематокр – 0,44 ; общ. белок – 67 г/л; К – 4,15; Nа – 135 ммоль/л

20.01.18 К – 3,89 ; Nа – Са++ - С1 - ммоль/л

22.01.18 К – 4,3 Nа – 139,6

19.01.18 Коагулограмма: вр. сверт. – 11 мин.; ПТИ – 8,2 %; фибр –3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6

21.01.18 Проба Реберга: креатинин крови-63 мкмоль/л; креатинин мочи-7535 мкмоль/л; КФ-113 мл/мин; КР- 99,1%

### 19.01.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –2+; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

### С 20.01.19 ацетон - отр

20.01.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

21.01.18 Суточная глюкозурия – 1,04 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.01.18 Микроальбуминурия – 31,7мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.01 |  | 15,6 | 8,7 | 7,4 |  |
| 21.01 | 13,1 | 11,2 | 10,9 | 10,2 |  |
| 23.01 | 11,6 | 14,0 | 6,1 | 7,7 |  |
| 24.01 | 10,9 | 11,9 | 12,1 | 8,4 | 5,0 |
| 27.01 | 7,2 | 9,2 | 8,2 | 8,7 |  |

19.01.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 4),

19.01.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды умеренно сужены, извиты, склерозированы, с-м Салю 1- II ст. множественные микроаневризмы, геморрагии, твердые экссудаты. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.01.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Рубец по задней стенке.

23.01.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда задней стенки

22.01.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II- ф .к л. диффузный кардиосклероз СН II А.ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

23.01.18 ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 1 ст на МК и ТК, Склеротических изменений створок МК, АК.

26.01.18.ЛОР: Двусторонняя хр. сенсоневральная тугоухость.

26.01.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

29.01.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

23.01.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

25.01.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр, панкреатита, функционального раздражения кишечника, повышенной подвижности правой почки.

19.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,9 см3; лев. д. V = 12,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом В левой доле в /3 скопление кольцевых структур 2,4\*2,38 (возможно конгломерат изоэхогенный узлов). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел? левой доли.

Лечение: сиднофарм, предуктал MR, небивалол, Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, лесфаль, магникор, атоксил, метоклопрамид, лесфаль, кардиомагнил, аспаркам, корвалол, фуросемид,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 24ед., п/уж - 16ед., Хумодар Р100Р п/з-8 ед, п/у -6 ед. 22.00 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 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: предуктал MR 1т 2р/д, клопидогрель 75 мг 1р/д, небивалол 2,5 мг утром, нолипрел форте 1т 1 1р/д, сиднофарм 2мг 3р/д 2 нед, при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ,
5. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап
6. УЗИ щит. железы в динамике через 3-6 мес. с целью уточнения наличие узла левой доли, при показаниях, направить на ТАПБ. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
7. Рек ЛОР: аудиометрический контроль, наблюдение ЛОР врача.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.