#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1234

##### Ф.И.О: Копан Зоя Александровна

Год рождения: 1989

Место жительства: г. Запорожье ул. Патриотическая 52-54

Место работы: ОО «НОВ» Укрпромэкология» инженер ОНС. Инв II гр .

Находился на лечении с 06.09.17 по 19.09.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, 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.

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, медикаментозная субкомпенсация. 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 периодический сухость во рту, гипогликемические состояния дневное время на фоне несвоевременного приёма пищи до 3р/д, частые ночные гипогликемические состояния, учащенное сердцебиение, периодически колющие белив области сердца, общую слабость, ухудшении зрения, боли в н/к, похолодание в стопах усилившиеся в течение последних 6 мес, ухудшение слуха.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. появились диабетические жалобы, при обследовании выявлена гипергликемия 20 ммоль/л. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Хумулин Р, Хумулин НПХ, затем Актрапид НМ, Протафан НМ, затем Актрапид НМ заменен на Новорапид. В 2003всвязи с гипогликемическими со состояниями был назначен Лантус с Новорапидом. С 2007 Новорапид заменен на Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Лантус 8.00 29ед. НвАIс – 6,8 % от 05.2017. Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД

Анамнез жизни: Язвенная болезнь с 2012. Рубцовая деформация ЛПДК. С 2016двухстроння хр сенсоневральная тугоухость 1 ст ..

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.09 | 153 | 4,6 | 5,2 | 6 | 1 | 0 | 60 | 37 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.09 | 90 | 3,94 | 2,03 | 1,49 | ,52 | 1,6 | 2,8 | 6,6 | 10,2 | 2,4 | 2,5 | 0,15 | 0,33 |

07.08.17 Глик. гемоглобин – 10,6%

07.08.17 К – 4,75 ; Nа 134 Са++ -1,14 С1 - 106 ммоль/л

### 07.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -1-2 в п/зр

11.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

08.08.17 Суточная глюкозурия – 1,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.08.17 Микроальбуминурия –54,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.09 |  |  | 14,5 | 3,5 |  |
| 07.09 | 10,1 | 9,7 | 5,0 | 10,2 |  |
| 09.09 | 6,6 | 5,4 | 9,5 | 5,6 |  |
| 11.09 | 5,8 | 9,4 | 5,4 | 7,5 | 4,6 |
| 13.09 | 12,1 | 13,2 | 8,9 | 3,6 | 8,8 |
| 16.09 | 6,8 | 4,0 | 9,3 | 10,1 |  |
| 17.09 2.00-5,8 |  |  |  |  |  |

07.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) . Рек келтикан 1т3р/д, актовегин 10,0 в/в .

07.09.17 Окулист: VIS OD= 0,3сф - 1,0=1,0 OS= 0,5сф – 0,75д=1,0 ; Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды умеренно извиты, вены уплотнены, микроаневризмы. В макулярной области без особенностей Д-з: Соложенная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.09.17 р-скопия ЖКТ: хр. гастродуоденит. Рубцовая деформация.

06.09.17ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м укороченного PQ.

15.09.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу. С-м укороченного PQ. Пролапс митрального клапана.

Рек. кардиолога: глицисед 1т3р/д, 1 мес, кардонат 1т 2р/д, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

13.09.17ЭХО КС: ПМК 1 ст без регургитации. Минимальная регургитация на ЛА. Дополнительная хорда ЛЖ. Соотношение размеров камен сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

12.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст..

07.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

11.09.17 ЛОР: хр. двусторонняя сенсоневриальная тугоухость1 ст. рек ежегодный аудиометрический контроль. наблюдение врача ЛОР.

13.09.17Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия

18.09.17 Гастроэнтеролог:

07.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к слева в пределах возрастной нормы справа – нарушение кровообращения 1ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

15.09.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ;

06.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,3 см3; лев. д. V = 4,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение:

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

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Лантус 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Б/л серия. АДГ № 6715 с .08.17 по .09.17. к труду .09.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В