#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 959

##### Ф.И.О: Никитенко Татьяна Александровна

Год рождения: 1980

Место жительства: г. Запорожье ул. Авраменко – 18-155

Место работы: АО «Мотор Сич», инженер

Находился на лечении с 06.07.17 по 19.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, 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. Выберите элемент.

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 гипогликемические состояния в ночное время до 1 р\нед, купируемые приемом пищи, отек н/к ,учащенное сердцебиение. повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протофан НМ. В 2012 в связи с лабильным течением переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4ед., п/о-6 ед., п/у-2-4 ед., Лантус 22.00 – 24ед. НвАIс - 8,8% от 10.2016 . Последнее стац. лечение в 20.2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10 мг, моксогамма 0,3 мг 1т веч, . ДТЗ с 2010 ТТГ –2,2 (0,3-4,0) Мме/мл от 04.10.16 ; АТ ТПО –22 (0-30) МЕ/мл от 2010 .ухудшение состояния с 03.2017 принимала эритропоеэтины в связи с анемией, Начала отмечать выраженные отек н/к, в связи с приемом эритропоэетинов. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 07.07 | 86 | 2,6 | 6,7 | 41 | 0 | 1 | 74 | 24 | 1 |
| 14.07 | 82 | 2,5 | 7,1 | 49 | 2 | 0 | 74 | 23 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 07.07 | 14,8 | 4,39 | 1,11 | 1,06 | 2,82 | 3,1 | 12,4 | 609 | 13,6 | 2,9 | 4,6 | 0,39 | 0,75 |

14.07.17ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/мл

07.07.17 К – 4,57 ; Nа –135 Са - Са++ 1,2- С1 - 105 ммоль/л

07.07.17 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ –86,2 %; фибр – 103 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

13.07.17 – креатинин 580

13.07.17 К – 4,3

10.07.17 Проба Реберга: креатинин крови-605 мкмоль/л; креатинин мочи- 2,255 мкмоль/л; КФ-4,5 мл/мин; КР- 67,5 %

### 07.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –13-15 в п/зр белок – 1,219 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

10.07.17 Суточная глюкозурия – 5,32 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.07 | 4,2 | 5,7 | 5,8 | 7,0 |  |
| 10.07 | 2,9 | 3,8 | 5,6 | 4,7 |  |
| 14.07 | 5,2 | 7,8 | 6,5 | 2,9 |  |
| 15.07 | 3,2 | 7,6 | 9,8 | 4,2 | 3,9 |
| 16.07 2.00-2,8 |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

14.07.17 Окулист: VIS OD= 0,2сф – 3,5=0,8 OS= 0,1сф – 4,0=0,9 Факосклероз. Уплотнение ядра. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды умеренно сужены, извиты, вены уплотнены, единичные микроаневризмы в макуле без особенностей. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

14.06.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ.

02.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.07.17 Зав нефрологического отд.: СД 1 тип, течение тяжелое, субкомпенсация. ХБПV: диабетическая нефропатия. Рек-но: представлена на отбор диализной комиссии. Планируется формирование АВФ. Консервативная терапяи в прежнем объеме.

18.07.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, диффузных изменений впаренхиме почек больше выраженных справа.

10.7.17 Дупл. сканирование артерий в/к: эхопризнаки атеросклеротического поражения артерий в/к без гемодинамически значимого сдвига

10.07.17 Дуплекс вен н/к.: визуализирован плечеголовная, общая яремная, подключичная вена 1-II порция, подмышечная вена, глубокие вены плеча и предплечья с двух сторон, Вены в доступных для визуализации участках сжимаемы при компрессии ,просветы их свободны. Кровоток слабофазный синхронизирован с дыханием с обычными скоростными характеристиками. Внутри просветных образований глубоких вен не выявлено.

11.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9 см3; лев. д. V =6,5 см3

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

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: 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.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
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. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
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. Б/л серия. АГВ № 2358 с .07.17 по .07.17. к труду .07.17

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В