#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 954

##### Ф.И.О: Мальована Наталья Викторовна

Год рождения: 1960

Место жительства: К-Днепровский р-н, К-Днерповская ул. Чкалова 18-12

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находилась на лечении с 03.07.17 по 19.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, 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 сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 16 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс.

до 170/90 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния до 3-4 р/мес, появление темных пятен перед глазами,

Краткий анамнез: СД выявлен в 05.2016г дебют с кетоацидотического состояния. когда обратилась по поводу ОРВИ, резко потеряла в весе, появились диабетические жалобы. Была ургентно госпитализирована в терап. отд. В последующем переведена в эндокриндиспансер в связи со стойкой ацетонурией, была назначена инсулинотерапия Хумодар Р100Р п/з 12-14ед, п/о 10-12 ед ,п/у 6-8 ед, Хумодар Б100Р 22.00 – 5-11 ед в дальнейшем эндокринологом по м\д дозы инсулина уменьшены. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-10 ед., п/о- 8ед., п/у-5ед.,Хумодар Б100Р 22.00 12ед. Гликемия –1,6-15, ммоль/л. НвАIс - 6,7% от 03.2017. Последнее стац. лечение в 05.2016 г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 5-10 мг. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 04.07 | 126 | 3,8 | 4,7 | 34 | 0 | 2 | 59 | 36 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.07 | 82 | 5,29 | 1,16 | 1,89 | 2,87 | 1,8 | 2,5 | 60 | 8,3 | 1,1 | 3,8 | 0,34 | 0,22 |

04.07.17 Анализ крови на RW- отр

06.07.17 ТТГ – 3,2 (0,3-4,0) Мме/мл

04.07.17 К – 4,15 ; Nа –137,5 Са - Са++ - С1,181 – 103,7 ммоль/л

### 04.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –8-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

05.07.17 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – 0,039

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.07 | 9,4 |  | 4,1 | 8,0 |
| 06.07 | 6,3 |  | 11,3 | 14,5 |
| 09.07 | 5,1 | 10,9 | 11,2 | 13,7 |
| 13.07 | 7,3 | 16,0 | 11,5 | 7,6 |
| 14.07 | 6,1 | 17,7 | 17,7 | 10,1 |
| 17.07 | 5,7 | 13,6 | 7,2 | 7,5 |
| 18.07 | 8,3 | 14,1 |  |  |

Невропатолог:

07.07.17Окулист: Факосклероз Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды узкие, извиты склерозированы с-м Салюс 1- ст. В макуле депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

08.07.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1- II ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Пролапс митрального клапана 1ст. СН 1.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, клопидогель 75 мг 1р\д,небивал 2,5-5 мг 1р\д, изокет спрей 1доза при болях в серце,

аспекард 100 мг 1р/д., . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

08.07.17 ЭХО КС: уплотнение аорты и АК. ПМК 1 ст с минимальной регургитацией. Минимальная регургитация на КЛА. Дополнительная хорда ЛЖ. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда норме.

07.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к ст. .

06.07.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

14.07.17УЗИ: 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, функционального раздражения кишечника.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: изокет спрей, валериана, Хумодар Б100Р,Хумодар Р100Р, витаприл, фенигидин, бисопролол, магникор, тиогамма, тиоктодар, тивортин, бисопролол, метоклопрамид ,атоксил,

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: Хумодар Б100Р п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Хумодар Р100Р 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. 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.
9. 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.,
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В