#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 558

##### Ф.И.О: Редькина Ольга Николаевна

Год рождения: 1982

Место жительства: Ореховский р-н, с. Юрьевка ул.50 л. октября 165-1

Место работы: н/р, инв 1 гр

Находился на лечении с 18.04.18 по 30.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, 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 II ст.

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, ст. медикаментозной субкомпенсации. 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, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил). С … в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. Постоянно инсулинотерапия.

В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/о-4-5 ед., п/у- 5ед., Протафан НМ 22.00 20-21ед Гликемия –3,0-15,2 ммоль/л. НвАIс -8,1 % от10.01.18 . Последнее стац. лечение в04.2017г. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает фозикард 10 мг, бисопролол 5 мг утром. С2014 АИТ, гипотиреоз , принимала эутирокс 50 мкг/сут. С 2015 показатели ТТГ без применения ЗГТ в переделах нормы АТ-ТПО (72,6) ТТТГ - 1,6 от 04.2017. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.04 | 131 | 4,46 | 9,9 | 15 | | 322 | | 1 | 1 | 68 | 24 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.04 | 52.,6 | 4,51 | 1,12 | 1,59 | 2,4 | | 1,8 | 6,9 | 141 | 10,2 | 2,4 | 2,6 | | 0,28 | 0,2 |

19.04.18 Глик. гемоглобин – 9,1%

20.04.18ТТГ –2,7 (0,3-4,0) Мме/мл

19.04.18 К – 5,03 ; Nа –137 Са++ -1,21 С1 - 102 ммоль/л

20.04.18 Проба Реберга: креатинин крови-156 мкмоль/л; креатинин мочи- 5,83 мкмоль/л; КФ-43,2 мл/мин; КР- 97,5 %

### 19.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –4-6 в п/зр белок – 0,049 ацетон –отр; эпит. пл. много - ; эпит. перех. -ед в п/зр

23.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,046

23.04.18 Суточная глюкозурия – 1,65%; Суточная протеинурия – 0,084

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.04 | 8,4 | 14,3 | 9,2 | 11,4 |  |
| 20.04 |  | 15,3 |  |  |  |
| 21.04 | 5,6 | 7,4 | 6,8 | 4,5 |  |
| 23.04 | 9,4 | 11,6 | 9,2 | 11,6 | 11,0 |
| 25.04 | 5,8 | 9,0 | 5,5 | 5,7 | 5,7 |
| 28.04 | 6,5 | 7,0 | 3,6 | 4,4 |  |

19.04.18Невропатолог: Лелофасуальный с-м ГОП

18.04.18 Окулист: ОД отклонен кнаружи, в хрусталике интенсивное помутнение. OS. в хрусталике помутнение. ОИ гл дно не офтамоскопируется. В макулярной области без особенностей Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Тракциионная отслойка сетчатки, осложненная катаракта, переритинальный фиброз ОИ. Авитрия OS.

24.04.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

12.04.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1 . САГ 2 ст. Рек: бсиопролол, 5-10 мг 1р/д, контроль АД. ЧСС

24.04.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

25.04.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

24.04.18 04.18РВГ: 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 повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

27.04.18УЗИ: 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, фиброзирования подледуочной железы.

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: Актрапид НМ, Протофан НМ, фозикрад, бисопролол, витаксон, нуклео ЦМФ, веселдуэ ф,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, 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 НвА1с < 7,5%
4. 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.,

метформин (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 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:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. 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.,
8. 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.