#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1194

##### Ф.И.О: Загородних Алина Михайловна

Год рождения: 1967

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Зачиняева 25- 6

Место работы: Вольнянская ЦРКЛ, врач.

Находилась на лечении с 13.09.18 по  22 .09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Деструкция стекловидного тела ОД. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Хр.пиелонефрит, латентное течение в ст.обострения. Неалкогольная жировая болезнь печени, стеатогепатит. НФП I ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, выраженную общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния через 5-6 часов после введения инсулина, купируемые приемом пищи, сухость во рту, жажду, ухудшение зрение, боли, судороги, онемение в н/к. Состояние ухудшилось в течение 2х недель, отмечает периодически ацетонурию.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. при обследовании по поводу подагрического артрита. С начала заболевания ССТ: принимала сиофор 850 мг 1т1р/д, затем 1000 мг 2р/д, кратковременно принимала олтар, однако на фоне приема олтара 1 мг отмечала гипогликемические состояния. В 02.2018 в связи со стойкой ацетонурией была переведена на Инсуман Базал п/у 18-20 ед+ диаформин 500 мг утром. В последующем в связи с повышением уровня АЛТ, АСТ прекратила прием диаформина; в связи с гипогликемическими состояниями перед сном перенесла ввдение инслуина на утро. В наст. время принимает: Инсуман Базал в 6.00 – 16-20 ед. НвАIс – 9,6 % от 05.2018. Последнее стац. лечение в 02.2018г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 2-3 лет ( повышение до 145/90 мм.рт.ст), в течение последних 3-х мес.гипотензивные не принимает из-за нормотензии.С 2011г-АИТ (АТ-ТПО -281 (0-30)). С 2011г-гиперурикемия. В анамнезе хр.пиелонефрит, хр.панкреатит. ДЖВП. С 2014г-НАЖБП, стеатогепатит.

Страховой анамнез: л/н АДГ №671842 с 19,02.18 по 28.02.18. К труду 01.03.18 по СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 14.09 | 163 | 4,9 | 4,5 | 18 | |  | | 5 | 2 | 44 | 43 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.05 | 1060 | 7,06 | 4,92 | 1,1 | 3,7 | | 5,4 | 4,8 | 73 | 11,3 | 2,6 | 23,8 | | 0,69 | 0,93 |

18.09.18 Глик. гемоглобин -10,3 %

14.09.18 Анализ крови на RW- отр

17.09.18 Кортизол – 5,76 ( 6,2-19,4) мкг/дл, тимолова проба 10,5(0,00-4,00) ед/л, ТТГ – 2,83 (0,4-4,0) мочевая кислота – 345 (154-357)мкМоль/л

14.09.18 К – 4,87 ; Nа –141,5 Са++ -1,19 С1 -99 ммоль/л

15.09.18 ацетон мочи-следы.

### 14.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –5-6-7 в п/зр белок – 0,065г/л ацетон –отр; эпит. Пл. –ум ; эпит. Перех. –ед в п/зр

18.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - белок – отр

18.09.18 Суточная глюкозурия – 0,5%; Суточная протеинурия – 0,060

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.09 |  |  | 10,7 | 9,6 |  |
| 14.09 | 8,4 | 9,1 | 10,5 | 10,5 |  |
| 15.09 | 8,0 | 7,1 | 10,5 | 7,6 |  |
| 17.09 | 8,7 | 8,,2 | 7,1 |  |  |
| 18.09 |  | 7,4 | 4,6 |  |  |
| 20.09 | 9,3 | 6,0 |  |  |  |
| 21.09 | 7,6 | 5,7 | 7,0 |  |  |
| 22.09 | 6,0 |  |  |  |  |

20.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS4, NDS 4). СВД, церебрастенический с-м.

14.09.18 Окулист: Оптические среды прозрачны. В ОД – в СТ плавающие помутнения. Гл. дно: сосуды сужены ,умеренно извиты, вены полнокровны, с-м Салюс 1ст, в макуле без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Деструкция стекловидного тела. ОД

13.09.18 ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

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

17.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. р-но: аппаратная обработка стоп.

14.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

19.09.18 Гепатолог: Данных за вирусный гепатит нет, имеет место стеатогепатит. Р-но: лечение у гастроэнтеролога, липидограмма 1 раз в 2 мес, энерлив, эссенциале, стеатель, берлитион по 1-1,5 мес.

18.09.18 Осмотр доц.каф терапии ЗМАПО Ткаченко О.В. Диагноз и лечение согласованы.

18.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размера, изгиб желчного пузыря в области шейки, застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме левой почки с уменьшением объема паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, урсохол, гептрал, тиогамма турбо, мильгамма, лесфаль, диабетон MR.

Состояние больного при выписке: Учитывая наличие жалоб пациентки на гипогликемические состояния на пике действия инсулина, а также учитывая профессиональнцю деятельность пациентки, отменена инсулинотерапия, рекомендован прием Диабетона MR. С учетом повышения уровня печеночных трансаминаз прием препаратов метформина не показан. Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, несколько уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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. Целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 30-60 мг утром за 30 мин до еды
5. При сохраняющейся ацетонурии повторная госпитализация с целью подбора инсулинотерапии.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии/протеинурии после нормализации ан.мочи.
7. Гиполипидемическая терапия: Омега -3 2 капс 3р/д-1-2 мес контр. липидограммы через 2 мес.
8. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.-1 мес.
9. УЗИ ОБП, МВС 1-2 раза в год, контроль печеночных проб в динамике, прием гепатопротекторов (гептрал, укрлив, стеатель, гепадиф), наблюдение гастроэнтеролога.
10. УЗИ щит. железы , ТТГ 1р. в год.
11. Канефрон 2т. \*3р/д-1 мес. Контроль ан. мочи по Нечипоренко через 1 мес
12. Контроль СОЭ в динамике.
13. Б/л серия. АДЛ № 177728 с 13.13.09.18 по 22 .09.18 к труду 23 .09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.