#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1194

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

Год рождения: 1967

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Зачинаяева 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.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

(NSS 6, NDS 6), хроническое течение

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.

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,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II НФС I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, выраженную общую слабость, быстру. Утомляемость, гипогликемические состояния через 5-6 часов после введния инсулина, ккупирует приемом пищи. Состояние ухудшидлось вт ечнеи 2х недель омтечает периодчиески ацетонурию.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. при обследовании по вооду 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 ме, отмечала гипогликемические сстояния. В 02.2018 в связи со стсойкой ацетонурией была переведена на Инсуман Базал п/у 18-20 ед, диаформин 500 мг утром. В последующем в свяи с повышенеи уровнтя АЛТ, АСТ прекратила прием диаформина, в смвязи с гипогликемическими состояния перед сном перенесла ввдение иинслуина на утром. В наст. время принимает: Инсуман Базал 6.00 – 16-20 ед. НвАIс – 9,6 % от . Последнее стац. лечение в г. Повышение АД в течение … лет. Из гипотензивных принимает …

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений 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) тимлова проба 10,5 ТТГ – 2,83 (0,4-4,0) мочевая кислбота – 345 (154-357)

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

### 14.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –5-6-7 в п/зр белок – 0,065 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 |  |  |

Невропатолог:

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

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.

17.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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 Гематлог: стеатогепатит

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 лево почки с уменьшением объема паренхимы.

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: Инсуман Базал, урсохол, гептрал, тиогамма, мильгамма, лесфаль, диабетон

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

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняются пекущие боли в н/к, преимущественно в ночное время, онемение пальцев стоп, судороги икроножных мышц. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, сохраняющийся болевой с-м н/к, решением ЛКК, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай».

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг 2 табл в 8.00, 2 табл в 11.00 ,дозу преднизолона постепенно уменьшать на 5 мг 1 раз в неделю до отмены препарата ,под контролем ОАК
3. Тирозол (мерказолил) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
4. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
5. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
6. 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. 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. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
9. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
11. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
12. Б/л серия. АДЛ № 1777 с 09.18 . по .09.18 к труду .09.18

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В.