#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1232

##### Ф.И.О: Рудкова Оксана Николаевна

Год рождения: 1977

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Володарского 46

Место работы: Главное управление Держкадастра в Запорожской области, .

Находился на лечении с 20.09.18 по  01.10.18 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: снижение масы тела на сухость во рту, тяжесть в эпигастрии, гипогликемические состояния после введения, выраженную общую слабость.

Краткий анамнез: В 12.2017 в сроке 28 нед был выявлен гестационный диабет, находилаь на диетотерапи. В В послеродовом периоде глюкоза крови была пределах допустимых значений,. В теченеи последних 2 мес пояивлись жалобы на общ слабость, снижение масы тела . дискомфорт в эпигастральной области. 08.09 после погрешнотси в ++ В наст. время принимает: п/з- ед., п/о- ед., п/у- ед., 22.00

Гликемия – ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в …г. Повышение АД в течение … лет. Из гипотензивных принимает …

ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – (0-30) МЕ/мл от … .

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 | | |
| 21.09 | 134 | 4,0 | 3,7 | 22 | |  | | 2 |  | 68 | 28 | | 2 | | |
| 27.09 |  |  |  | 9 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 21.09 | 69,8 | 3,7 | 1,1 | 1,4 | 1,8 | | 1,6 | 3,1 | 92 | 11,2 | 2,6 | 4,7 | | 0,27 | 0,12 |

21.09.18 Амилаза 37,0 диастаза 102,8

21.09.18 К – 4,08 ; Nа – 130 Са++ - 1,1С1 - 99,7 ммоль/л

### 21.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. много - ; эпит. перех. - в п/зр

24.09.18 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 24.09.18 Микроальбуминурия –60,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.09 |  |  | 12,7 | 14,0 |  |
| 21.09 | 10,4 | 13,4 | 12,5 | 15,4 |  |
| 22.09 | 7,7 |  |  |  |  |
| 23.09 | 6,6 | 13,5 | 12,1 | 15,6 |  |
| 25.09 | 7,2 | 12,1 | 9,3 | 8,6 |  |
| 26.09 |  |  | 8,4 | 8,6 |  |
| 27.09 | 5,9 | 10,9 |  |  |  |

Невропатолог:

26.06.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 ;.

Гл. дно: сосуды узкие ход ближе к прямолинейному ,вены полнокроные. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

20.09.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

28.09.18 ФГДЭС Эритематозная гастропатия

21.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

24.09.18 Хирург: Холецистит обострение, Полип желчного пузыря. ЖКБ

27.09.18Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст ДЖВП, по гипомторномут ипу, хронический панкреатит фиброзная форма. Хронический панкреатит фиброзная форма. гастродуенит . Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. панкреатит с ферментативной недостаточностью функции подж. железы, с нарушением внешне и внутрисекреторной функции подж. железы.

21.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено. Шст, правой 1 ст Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

25.09.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; крючковидный изгиб в области шейки застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы. Функионального раздражения кишечника.

20.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = фиброз см3; лев. д. V =0,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Капусула уплотенна, утолщена. Эхострукту крупнозернистая, однородная.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей Диффузные изменения паренхимы

Лечение:

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, 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. 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..
8. Б/л серия. АДЛ № 1777 с 09.18 . по .09.18 к труду .09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.