#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 858

##### Ф.И.О: Кирпа Марина Васильевна

Год рождения: 1965

Место жительства: г. Запорожье ул. Космическая 112-41

Место работы: н/р

Находился на лечении с 21.06.18 по  05.07.18 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, гипогликемические состоянии в различное время суток, в мае 2018. Дважды гипогликемические комы, вызывалась СПВ вводилась 40% глюкоза, отмчает ухудшение памяти, стала хуже ощущать предвестники гипогликемии увеличение веса на 19 кг за год, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, тяжесть в правом подреберье, бол ив эпигастрии, отеки лица, рук и ног, болив грудной клетке слева.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1978г. (С 13 лет). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимала различные виды инсулина. Последние 10 лет получает Фармасулин Н, Фармасулин НNP . Самостояельно уменьшила дозы вводимого инслуина в течение 1-1,5 мес. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-6 ед., п/у- 6ед., Фармасулин НNP п/з 10 ед, п/у 6 ед. Гликемия –1,8-30,0 ммоль/л. НвАIс - 9,4% от 12.06.18. Последнее стац. лечение в 07.2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает лозап 100 мг утром, индапамид 2,5 , бисопролол 1т веч. 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 | | |
| 22.06 | 120 | 3,6 | 4,6 | 49 | |  | | 2 | 2 | 46 | 44 | | 6 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 22.06 | 32,3 | 6,15 | 3,51 | 1,49 | 3,04 | | 3,1 | 6,1 | 176 | 15,2 | 2,9 | 6,7 | | 0,41 | 0,24 |
| 29.06 | 27,8 |  |  |  |  | |  | 7,87176 |  |  |  |  | |  |  |

29.06.18 общий белок 67

22.06.18 Глик. гемоглобин – 9,9%

22.06.18ТТГ –2,92 (0,3-4,0) Мме/мл

22.06.18 К – 4,9 ; Nа –141 Са++ -1,24 С1 - 98 ммоль/л

29.06 .06.18 Проба Реберга: креатинин крови-176 мкмоль/л; креатинин мочи- 3,65мкмоль/л; КФ- 40,9мл/мин; КР- 94,9 %

### 22.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1002 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,55 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. ед- в п/зр

25.06.18 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – 1,97

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 221.06 |  |  |  | 6,5 | 3,3 |
| 22.06 2.00-3,6 | 12,6 | 19,6 | 7,9 | 8,2 | 4,2 |
| 24.06 2.00-11,7 | 16,9 | 16,9 | 21,5 | 18,0 | 12,7 |
| 26.06 | 3,7 | 9,0 | 4,1 | 12,8 | 13,7 |
| 28.06 2.00-11,3 | 13,9 | 19,1 | 7,5 | 4,3 | 5,9 |
| 30.06 | 15,3 | 15,5 | 15,2 | 6,3 | 10,2 |
| 01.07 2.00-10,8 | 11,5 | 9,5 | 7,3 | 9,8 | 8,3 |
| 02.07 | 11,1 | 14,3 | 3,4 | 6,9 | 5,6 |
| 03.07 | 7,6 | 6,8 | 6,6 | 4,3 | 11,8 |

Невропатолог:

03.07.18 Окулист: VIS OD= 0,5сф + 1,5=1,0 OS= 0,3сф + 1,5=1,0 ;

Гл. дно: А:V 1:2 Сосуды извиты, начальный ангиослкреоз, сливные множественные друзы, ед. микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ.

21.06.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. единичная желудочковая экстрасистола.

28.05.18Кардиолог: САГ 2 ст.

Рек. кардиолога: бисопролол 5 мг, амлодипин 10 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

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

26.06.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к . ВРВ II ст (поверхностных). Хр. панкреатит?. Язвенная болезнь желудка?. ЖКБ?

27.06.18 Нефролог: СКФ 28 мл/мин ХБП Ш ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

25.06.18РВГ: 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 нарушена.

27.06.18УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзирования поджелудочной железы, диффузных изменений в паренхиме обеих почек

21.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,4 см3; лев. д. V =4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,3 см. В пр доле в с/3 коллоидная киста 0,7\*0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные 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. 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. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.18 . по .07.18 к труду .07.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.