#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 873

##### Ф.И.О: Нагорная Любовь Васильевна

Год рождения: 1959

Место жительства: Великобелозерский р-н с. В. Белозерка ул. Центральная 206

Место работы: ДНЗ «Великобезерский ПАЛ» мастер производственного обучения

Находился на лечении с 26.06.18 . по  09.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложнённая катаракта. Миопия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Узловой зоб 0-1 ст. Эутиреоидное состояние.. Метаболическая кардиомиопатия СН0.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 40 кг за 2 года, ухудшение зрения, судороги ног, запоры, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, приступы сердцебиений. Отеки н/к,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2017г. при обращение к терапевту по поводу сухости во рту, жажды, мочеизнурения, прогрессирующей потери веса. К эндокринологу не обращалась по рекомендации кардиолога принимала Диабетон MR 120 мг/сут, диаформин 2000 мг/сут без эффекта. Гликемия –19,1 ммоль/л. НвАIс -17,7 % от 21.06.18. инсулин – 0,51 мкмЕ/мл (2,6-24,9). Направлена для коррекции ССТ. Повышение АД в течение 2 лет. гипотензивная терапия нерегулярная. В анамнезе псориаз. 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 | | |
| 27.06 | 161 | 4,8 | 7,5 | 16 | |  | | 1 | 0 | 55 | 39 | | 5 | | |
| 02.07 |  |  |  | 14 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 27.06 | 64 | 5,4 | 1,17 | 1,77 | 3,1 | | 2,0 | 2,8 | 75 | 10,3 | 2,6 | 1,67 | | 0,15 | 0,21 |

27.06.18 белок общий – 70,4

27.06.18 К –4,33 ; Nа –136,6 Са++ -1,15 С1 -104,7 ммоль/л

29.06.18 проба Реберга креатинин крови – 69 креат мочи – 3685 КФ 43мл/мин КР 98,5%

### 27.06.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. ед - в п/зр фосфаты на ½ п/зр

02.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

29.06.18 Суточная глюкозурия –1,64 %; Суточная протеинурия – отр

##### 29.06.18 Микроальбуминурия –54,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.06 |  |  | 17,3 | 15,0 | 12,0 |
| 27.06 | 8,0 | 17,5 | 21,8 | 10,5 |  |
| 28.06 | 10,6 | 19,2 | 16,2 | 11,0 | 7,3 |
| 29.06 | 6,1 | 13,4 |  |  |  |
| 30.06 | 5,3 | 12,3 | 16,2 | 13,7 | 9,7 |
| 02.07 | 8,2 | 12,5 | 17,7 | 9,0 | 7,7 |
| 03.07 | 7,6 | 14,5 | 9,,3 | 18,6 | 14,6 |
| 04.07 | 9,0 | 9,6 | 11,4 | 14,1 | 16,6 |
| 05.07 | 9,5 | 8,2 | 8,9 | 16,6 |  |
| 06.07 | 8,8 |  |  | 5,7 |  |
| 07.07 | 3,7 |  |  |  |  |

03.07.18 Окулист: VIS OD= 0,5 сф – 1,75Д-=0,6 OS= 0,1 н/к .

Интенсивные помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: под флером. ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды узкие вены полнокровны , микроаневризмы. Макула плохо просматривается. Д-з: Осложнённая катаракта. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия ОИ.

26.06.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

02.07.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0.

Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 3 нед. ЭХОКС.

27.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

27.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена. Нарушение кровообращения справа – II ст. слева – Ш ст

04.07.18 УЗИ: 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.

26.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9 см3; лев. д. V = 3,6 см3

Перешеек –0,29 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,4 см. в пр доле в /3 изоэхоегнный узел с гидрофильным ободком 2,44\*2,16 см. с фиброзными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узер правой доли.

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, тиогамма турбо, торадив,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, но целевые значения не достигнуты из-за длительной декомпенсации, гипогликемические состояния не беспокоят, исчезли судороги в н/к . АД 130/80 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 <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 6-8ед., п/уж -4-6 ед.,Хумодар Б100Р п/з 16-18 ед, п/у 3-4 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. ТАПБ узла щит железы, АТТПО с послед конс эндокринолога.
11. Б/л серия. АДЛ № 177611 с 26.06.18 . по 09.07.18 к труду 10.07.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.