#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 900

##### Ф.И.О: Калиниченко Ирина Борисовна

Год рождения: 1960

Место жительства: г .Запорожье ул. Космическая 118-29

Место работы: « КП «Водоканал» инженер-инспектор

Находился на лечении с 04.07.18 . по  16.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Инфекция мочевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2016г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП.. В наст. время принимает: димарил 6 мг утром, диаформин 1000 мг веч Гликемия –12-18 ммоль/л. НвАIс – 9,5 % от 05.2018. Последнее стац. лечение в 21.06.18 С-пептид – 0,84 (0,69-2,45) Госпитализирована 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 | | |
| 05.07 | 138 | 4,1 | 4,4 | 20 | |  | | 3 | 1 | 58 | 26 | | 2 | | |
| 11.07 | 121 | 3,6 | 4,5 | 21 | |  | | 1 | 1 | 62 | 34 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.07 | 64 | 6,5 | 0,76 | 1,6 | 4,6 | | 3,1 | 3,4 | 77 | 9,0 | 1,2 | 3,2 | | 0,14 | 0,16 |

05.07.18 Глик. гемоглобин 10,2- %

05.07.18 ТТГ – 1,43 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –107,0 (0-30) МЕ/мл

04.07.18 ацетон - следы

### 05.07.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 4-5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

06.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -7500 эритр - белок – отр

09.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

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

##### 06.07.18 Микроальбуминурия –19,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.07 |  |  | 13,1 |  |  |
| 05.07 | 9,6 | 10,7 | 11,8 | 11,4 |  |
| 06.07 |  |  |  | 10,5 | 8,2 |
| 07.07 | 5,6 | 10,4 | 9,6 | 12,6 |  |
| 08.07 | 6,4 | 11,2 | 5,8 | 11,0 |  |
| 10.07 | 7,2 | 10,2 | 11,4 | 9,9 |  |
| 11.07 | 5,2 | 8,0 |  |  |  |
| 12.07 | 5,9 | 12,0 | 10,2 | 8,7 |  |
| 13.07 | 6,3 | 8,0 | 8,2 | 13,7 |  |
| 14.07 |  |  |  | 10,0 |  |

10.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). ДЭП 1 ст, церебрастенический с-м.

06.07.18 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,7 ; Факосклероз.

Гл. дно: сосуды сужены извиты, не выраженный ангиосклероз, вены полнокровны. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

05.07.18Кардиолог: Органической патологии при обследовании не выявлено.

05.07.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. 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 нарушена.

16.07.18 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.

02.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,4 см3; лев. д. V =3,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с небольшим количеством мелкого фиброза. однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, канефрон, тиолипон, витаксон, ксилат, атоксил,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован на фоне первично подобранной инслуинотерпии. Общее состояние улучшилось, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Пациентка ознакомлена с тем, что инсулины Инсуман Базал будут выпускаться в картриджах, согласена на со финансирование. ( согласно постанове КМУ № 239 от 29.03.16).

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-16-18 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. 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.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Канефрон 2т 3р/д 1 мес. контроль ан. мочи по Нечипоренко.
11. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
12. Б/л серия. АДЛ № 1776 с 04.07.18 . по 16.07.18 к труду 17.07.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.