#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 882

##### Ф.И.О: Безрук Дарья Владимировна

Год рождения: 1988

Место жительства: г. Запорожье ул. В Лобановского 9-1

Место работы: н/р

Находился на лечении с 29.06.18 по  24.07.18 в энд. 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,

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

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 135/100 мм рт.ст., головные боли, приступы сердцебиений в течение дня, одышку при ходьбе, гипогликемические состояния вплоть потери сознания 1-2 р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан НМ). В дальнейшем в связи с гипогликемичесими комами была переведена на аналоги: Эпайдра, Лантус., гипогликемические состояния продолжадись в связи с чем была передена на Левемир, Новрапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 7ед., п/о- 7ед., п/у- 5ед., Левемир 22.00 18ед. Гликемия –1,2-15,9 ммоль/л. НвАIс -10,6 % от . Последнее стац. лечение в 2017г. 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 | | |
| 02.07 | 121 | 3,6 | 3,8 | 22 | |  | | 2 | 1 | 46 | 48 | | 3 | | |
| 23.07 |  |  |  | 26 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 02.07 | 106 | 3,88 | 1,28 | 2,20 | 1,09 | | 0,7 | 4,2 | 69 | 8,0 | 2,0 | 1,6 | | 0,45 | 0,61 |

04.07.18 Глик. гемоглобин -10,9 %

02.07.18 Анализ крови на RW- отр

13.07.18 Т4св – 22, 0 ( 10-25 пмоль/л

06.07.18 ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

13.07.18 Т4св – 22,0 ( 10-25 ) моль/л

02.07.18 К – 4,95 Na – 139 Са 1,23 С1 104

### 04.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

02.07.18 Суточная глюкозурия – 2,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.07.18 Микроальбуминурия –182,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.06 | 4,0 | 16,8 | 5,1 | 6,4 | 9,7 |
| 04.07 | 7,4 | 5,2 | 15,7 | 5,1 | 6,1 |
| 09.07 | 5,2 | 2,3 | 13,8 | 14,1 | 10,9 |
| 11.07 2.00-4,5 | 2,9 | 7,0 | 2,3 | 12,0 | 16,2 |
| 12.07 2.00-12,9 | 6,5 | 10,3 | 9,4 |  |  |
| 14.07 | 10,2 |  |  |  |  |
| 15.07 | 10,6 | 2,6 | 8,5 | 5,7 | 4,7 |
| 16.07 | 4,6 |  |  |  |  |
| 18.07 | 5,0 | 5,8 | 8,7 | 4,6 | 6,0 |
| 20.07 2.00-12,6 | 5,3 | 5,1 |  |  |  |
| 22.07 | 13,3 | 18,1 | 2,6 | 3,5 | 8,8 |
| 23.07 2.00-12,5 | 6,1 | 8,1 | 7,0 | 4,8 | 11,5 |
| 24.07 2.00-12,0 |  |  |  |  |  |

04.07.18 5 стандартных проб: ДАНС, выраженные изменения.

18.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 2). ДЭП 1 ст, цереброастенчеиский с-м. цефалгический с-м

Окулист: VIS OD= OS= ; ВГД OD= OS= Факосклероз.

Выберите элемент. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.06.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. с-м укороченного PQ.

06.07.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0-I.

05.07.18ЭХО КС: По эхоКС уплотнение стенок АО диффузная структура изменна миокарда. Систолическая и дисатолчическая функции ЛЖ не увелины, полость сердца не увеличена.

16.07.18 На р-гр стоп определяется культя основной фаланги II п. левой стопы на уровне н/3 без признаков деструкции, hullus valgus

12.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

03.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II ст – Ш ст. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

12.07.18 УЗИ вен н/к. : Эхопризнаки лимфостаза обеих голеней 9 выражен слева) киста Бейкера слева 14\*17 мм, справа 11\*13 мм.

18.07.18 Травматолог: Дообследование:, конс в центре диаб стопы ЗГКБ, осмотр невропатлога, лиотон гель 3р/сут 10 дней. Р-гр на 10 сутки стопы в 2х проекциях. Наблюдение в динамике

02.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1 см3; лев. д. V =5,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, бисопролол, тивортин, армадин, пирацетам, эналаприл, ивабрадин, каптоприл,

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: Новорапид п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Левемир 22.00 ед.
5. 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.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.