#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 941

##### Ф.И.О: Старова Татьяна Владимировна

Год рождения: 1975

Место жительства: г. ЗАпорожье ул. Н-корищенка 22-29

Место работы: ДП «Ивченко –Прогресс» кладовщик

Находился на лечении с 16.07.18 по  27.07.18 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,

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

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

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, периодчиеские гипогликемические состояния 1-2р/нед в различное время суток, отеки н/к к вечеру, колющие боли в сердце, участки некробиоза обеих голеней.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г ( с 8 летнего возраста) при обращение по поводу сухости во рту, жажды, прогресирующей потери веса. С того же вермени инсулиноетрпия. Принимала различные виды инсулина, длительно пользуется Актрапид НМ, Протофан НМ . В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-5-7 ед., п/о-6 ед., п/у- 6-7ед., Протафан НМ 22.00 12-16 ед. Гликемия –3,1-13,0 ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг утром, азомекс ,5 мг веч, розарт 5 мг 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 | | |
| 17.07 | 172 | 4,3 | 7,2 | 6 | |  | | 1 | 1 | 68 | 29 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.07 | 7,2 | 4,2 | 1,09 | 1,2 | 2,5 | | 2,5 | 4,6 | 101 | 12,4 | 3,3 | 1,8 | | 0,57 | 0,68 |

18.07.18 Глик. гемоглобин -8,5 %

17.07.18 Анализ крови на RW- отр

.07.18 Инсулин – (2,6-24,9) мкЕд/мл; С-пептид – (1,1-4,4) нг/мл

17.07.18 К – 5,0 ; Nа –142 Са++ -1,21 С1 - 100 ммоль/л

### 17.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

19.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

18.07.18 Суточная глюкозурия –0,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.18 Микроальбуминурия – 30,1мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.07 | 7,1 | 5,2 | 11,8 | 8,8 | 4,5 |
| 20.07 | 4,5 | 6,0 | 4,9 | 5,2 | 3,1 |
| 21.07 2.00-3,7 |  |  |  |  |  |
| 25.07 | 7,1 | 7,3 | 5,3 | 7,0 |  |
|  |  |  |  |  |  |

18/07/18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 5). ДЭП 1 ст, церебрастенический с-м

17.07.18 Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,6 .

Гл. дно: сосуды умеренно сужены, извиты, вены уплотнены, микроаневризмы, твердые эксудаты. В макулярной оласти рефлекс сглажен, переливчатость. Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетчиеский макулярныйо тек? ОД. рек: ОСТ макулы ОД.

16.07.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый,. Эл. ось не отклонена. .

18.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: азамекс 2,5 мг 1р/д. лозап 25-100 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

18.07.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.07.18Гинеколог: Дисбиоз влагалища. Рек: лактоваг p/v 5 ночей, тержинан p/v 10 ночей

17.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы.справа, слева – снижено 1 ст Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. 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 незначительно нарушена.

20.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст.

16.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V = 4,9см3

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

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.
9. Б/л серия. АДЛ № 1776 с 07.18 . по .07.18 к труду .07.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.