#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 972

##### Ф.И.О: Доценко Лина Сергеевна

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Запорожье ул. Космическая 132/35

Место работы: ФОП « Доценко» переводчик, инв II гр

Находился на лечении с 20.07.18 по  30.07.18 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,

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

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/ 100мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния 1-2 р/ нед,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 8ед., п/о- 8ед., п/у- 8ед., Лантус п/у 26 ед Гликемия –3,4-16,8 ммоль/л. НвАIс - 6,8% от 11.07.18. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение года. Из гипотензивных принимает энап 5 мг 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 | | |
| 23.07 | 153 | 505 | 6,8 | 12 | |  | | 1 | 0 | 64 | 32 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 23.07 | 61,6 | 4,73 | 3,79 | 1,05 | 1,98 | | 3,5 | 9,5 | 117 | 9,1 | 2,2 | 9,2 | | 0,52 | 0,71 |

23.07.18 К – 4,81 ; Nа –141 Са++ -1,24 С1 -101 ммоль/л

### 21.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –10-20 эрит 4-5 в п/зр белок – 0,219 ацетон –отр; эпит. пл. -4-6 ; эпит. перех. – 4-5 в п/зр

24.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -75000 эритр -5000 белок – 0,211

26.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 250 белок – 0,213

23.07.18 Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – 0,098

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.07 |  | 7,8 | 7,1 | 8,2 |  |
| 22.07 | 11,8 |  |  |  |  |
| 24.07 2.00-11,3 | 7,2 | 10,6 | 8,9 | 5,0 |  |
| 26.07 | 11,1 | 6,9 | 8,3 | 5,9 |  |
|  |  |  |  |  |  |

24.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

23.07.18 Окулист: VIS OD= 0,7сф – 1,0=1,0 OS=0,3сф – 0,75цил-1,0Дах 75°= 0,6 ; ОД – в хрусталике уплотненние OS - артифакия Гл. дно: в области ДЗН невыраженная неоваскуляризация сосуды извиты, вены полнкорвны, микроаневризмы, твердые экссудаты. Д-з: Пролдиферативная диабетчиеская ретинопатия ОИ. Артиакия OS . Миопия слабой степени ОИ.

23.07.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

24.07.18Кардиолог: Симтоматическая артериая гипертензия II ст СН 0

24.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

25.07.18 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения .

23.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

25.07.18 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, нельзя исключить наличие микролитов в почках

20.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры снижены. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, лесфаль, офлоксацин, фуцис, свечи ливарон, берлитион, витаксон, нуклео ЦМФ, энап,

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: Эпайдра п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Лантус 22.00 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. Рек. кардиолога:
9. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
10. 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.
11. 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.,
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
13. Б/л серия. АДЛ № 1776 с 07.18 . по .07.18 к труду .07.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.