#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 815

##### Ф.И.О: Собянина Оксана Михайловна

Год рождения: 1984

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Кушугум ул. прияружная 54/1

Место работы: СП Запорожская дистанция пути РФ Приднепровская Ж/д ЧАО «Укразализныця»

Находился на лечении с 11.06.18 . по  21.06.18 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,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, , боли в поясничной области, повышение АД макс. до ++ мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. в кетоацидотическом состоянии. . Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Получала различные виды инсулина. С 2015 в связи с лабильным течение была переведена на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з-14 ед., п/о-10 ед., п/у- 14ед., Левемир 22.00 – 24 ед..

Гликемия –4,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 05.2017г. обратилась на п/п глюкоза крови 13,9 ммоль/л, ацетон мочи 3+, ургентно госпитализирована в ОИТ 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 | | |
| 11.06 | 151 | 4,5 | 5,9 | 15 | |  | | 1 | 1 | 72 | 24 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 102 | 5,4 | 1,08 | 1,22 | 3,68 | | 3,5 | 2,7 | 68 | 11,4 | 2,9 | 1,3 | | 0,5 | 0,85 |

11.06.18 Глик. гемоглобин -6,5 %

12.06.18 Амилаза – 33,0

11.06.18 Анализ крови на RW- отр

11.06.18 Гемогл –151 ; гематокр – 0,47 ; общ. белок –85 г/л; К – 3,49 ; Nа – 136 ммоль/л

12.06.188 АЧТЧ – 30,3 МНО 0,97 ПТИ 103 фибр 3,0

13.06.18 К – 4,5 ; Nа – 138 Са++ - С1 - ммоль/л

### 11.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк –17-19 в п/зр белок – отр ацетон –2+; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - много в п/зр

С 14.06.18 ацетон – отр

19.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -8500 эритр - белок – отр

.06.18 Суточная глюкозурия – %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия – 336,4мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.06 |  | 13,9 | 6,8 | 7,2 | 7,1 |
| 13.06 2.00-10,6 | 8,7 |  | 3,9 |  |  |
| 14.06 | 10,6 |  | 15,0 | 3,2 | 10,9 |
| 15.06 | 2,5 | 3,5 |  |  |  |
| 17.06 | 6,8 | 4,7 | 3,1 | 4,9 | 6,8 |

Невропатолог:

18.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии немного сужены, , вены расширены, сосуды неравномерного калибра, извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

19.06.18 Уролог ЗОКБ: Болевой с-м по всей видимости вертеброгенного генеза: Рек: ОАМ, посев мочи, возможна а/б терапия только по результату посева мочи. уронефрон 1т 3р/д 1 мес 3р/год. конс вертебролога

21.06.18 5 станд проб ДАНС , выраженные изменения.

20.06.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. С-м умеренного PQ.

Рек. кардиолога: кардоант 1т 2р/д

Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

18.06.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хр. пиелонефрит, обострение? Острый ++ острый ++

06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

14.06.18 Дупл сканирование артерий н/к протокол на руках

19.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; крючковидного изгиба и застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, атоксил, щелочное питье, тивортин, Левемир, вазилип, цистоаурин.

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. Круглогодично 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 06.18 . по .06.18 к труду .06.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.