#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 606

##### Ф.И.О: Емельянова Алина Артуровна

Год рождения: 1991

Место жительства: Василеьвский р-н г. Днерпорудное ул. Комсольмая 17

Место работы: ООО «Авентадор» специалист с информационных технологий.

Находился на лечении с .04.18 по .05.18 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 110/80 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г.В кетоацидотическом состоянии. Постоянно ввооди инсулин. Комы: кетоацдотчиеская – 2003. Ранее вводил Актрапид НМ, Протафан НМ. В связи с декомпенсацией СД в ОДБ переведена на Лантус, Эпайдра. Ухудшенеи состояния с 25.04.18 когда появилось давящие боли в области эпигастрии, вздутие кишечника, приняла ++ без улчшения. 26.04.18 разилась рвота, скованность тела, доставлена СМП, гсопитлизирована в ОИТ ЗОЭД. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14-16 ед., п/о- 12-14ед., п/у-8-10 ед., Лантус 22.00 30-32 ед. Гликемия – ммоль/л. НвАIс – 12-15,8 % от . Последнее стац. лечение в 2015г. 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 | | |
| 27.04 | 151 | 4,2 | 14,9 | 11 | |  | | 2 | 2 | 80 | 15 | | 1 | | |
| 29.04 | 109 | 3,5 | 15,6 | 8 | |  | | 3 | 2 | 82 | 10 | | 3 | | |
| 02.05 | 101 | 3,2 | 9,8 | 8 | |  | | 4 | 3 | 52 | 35 | | 6 | | |
| 07.05 | 104,4 | 3,3 | 4,4 | 15 | |  | | 1 | 2 | 66 | 26 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 27.09 | 31,3 |  |  |  |  | |  | 3,6 | 226 | 13,8 | 3,4 | 2,88 | | 0,36 | 0,83 |
| 30.04 |  | 4,09 | 1,13 | 1,47 | 2,1 | | 1,8 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 02.05 | 75,2 |  |  |  |  | |  | 5,6 | 94 |  |  |  | |  |  |

27.04.18 Ализа 34,3

03.04.18 Глик. гемоглобин – 12,3%

27.04.18 Гемогл – 141 ; гематокр –0,43 ; общ. белок – г/л; К – 3,39 ; Nа – 133,4 ммоль/л

02.05.18 К – 4,34 ; Nа – 133 Са++ - С1 - ммоль/л

28.04.18 АЧТЧ 54,2 МНО 1,18 ПТИ – 89,1 фибр 2,4

02.05.18 Проба Реберга: креатинин крови-94 мкмоль/л; креатинин мочи- 4455 мкмоль/л; КФ-90,1 мл/мин; КР-98,2 %

### 27.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,150 ацетон –4+; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

С 03.05.18 ацетон – отр

28.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -8000 эритр - 200000 белок – 0,056

01.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр -500 белок – 0,030

05.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -250 белок – отр

02.05.18 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – 0,060

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.04 | 15,8 | 8,5 | 8,4 | 5,0 | 6,6 |
| 29.04 2.00-12,0 | 11,2 | 8,5 | 7,1 | 7,0 |  |
| 01.05 2.00-7,2 | 8,1 | 8,9 | 5,9 | 9,1 |  |
| 03.05 | 12,0 | 10,2 | 9,8 | 6,4 |  |
| 05.05 2.00-8,0 | 6,1 | 8,1 | 5,8 | 5,0 |  |
| 06.05 | 12,8 | 12,3 | 6,0 | 10,8 | 8,8 |

27.04.18Невропатолог: ДЭП 1 ст, церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),

27.04.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. АЖМ 1Ж2 ход сосудов не изменн, Сетчатка пастозная.

27.04.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог:

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

03.05.18 Гинеколог: пр. здорова.

27.04.18 ФГДЭС: Эрозивный эзофагит дуоденогастральный рефлюкс

28.04.18 С—гр ОГК Легочные поял в нолом объеме, легочной рисунок уислен с 2х сторон, в базальных отелеахостогонисты. Корни корни тяжистые, расшиерны, синсусы свободкны. .

04.18РВГ: 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.

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:

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, 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. 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. АДГ № 6719 с .04.18 по .05.18. к труду .05.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.