#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 344

##### Ф.И.О: Прийма Лариса Владмиировна

Год рождения: 1977

Место жительства: Акимовский р-н, с. Переможное ул. Школьная 25-2

Место работы: Акмисвоский сельсовет, Переможенский округ, инсупектор

Находился на лечении с 12.03.18 по 19.03.18 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, снижение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Потеряла в сесе 30 кг, появились диабетические жалобы ++. Дебют с кетоацдотического состояния. С начала заболевания инсулинотерапия. Получала Фармасулин НNP, Фармасулин Н. В 2х кратном режиме. В 2015 в связи с частыми гипогликемический состояниями переведена на 4х кратное введение. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 12ед., п/о-16 ед., п/у- 14 ед ., 22.00 – 32 ед, Гликемия – 7,0-12,0ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает коронал 5 мг утром .индапрес 25 мг утром, АИТ с 2006 АТТПО – 1021 9 0-30) МЕ/мл. ТТГ ( 2016) – 1,4 принимала эутрокс 75 мг затем 100 мг в 2011 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 13.03 | 150 | 4,6 | 8,2 | 24 | 1 | 2 | 66 | 28 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 13.03 | 92 | 5,48 | 1,6 | 1,28 | 3,47 | 3,3 | 5,1 | 92 | 10,4 | 2,5 | 4,4 | 0,4 | 0,36 |

13.03.18 Глик. гемоглобин -9,4 %

16.03.18 ТТГ –5,3 (0,3-4,0) Мме/мл

13.03.18 К – 4,86 ; Nа –134,3 Са++ - 1,15С1 -101 ммоль/л

16.03.18 Проба Реберга: креатинин крови-70 мкмоль/л; креатинин мочи-11880 мкмоль/л; КФ- 81,5мл/мин; КР- 99,3%

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

15.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - белок – отр

14.03.18 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.03.18 Микроальбуминурия –143,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.03 |  |  | 11,5 | 9,1 | 6,9 |
| 13.03 | 7,9 | 8,2 |  |  |  |
| 15.03 | 8,2 | 9,,3 | 5,5 | 4,7 |  |
| 18.03 |  |  |  |  |  |

19.03.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). ДЭП 1 ст смешанного генеза ,церебрастенический 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, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.03.18 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

14.03.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

14.03.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

14.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. ВРВ (поверхностных) 1- II ст.

13.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. –слева, справа – снижение 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

15.03.18 Допплерография:. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst III ст. с обеих сторон.

15.03.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Эхопризнаки стеноза ЗББА справа 25-27, слева 28-30%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.03.18 УЗИ вен н/к: эхопризнаки локального лимфостаза обеих н/к, участки эктазии подкожных вен левой н/к

12.03.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,3 см3; лев. д. V =13,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с мелкими фиброзом и кольцевми структурами до 10 см .Вы левой ддоле в с/3 гидроффильный узел 0,7 \*.0,59 см (очаг тиреоидита?). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли.

Лечение: гепарин, детралекс, эналаприл, каптопрес, веселдуо-Ф, ципрофлкосацин, тирокисн, , Фармасулин Н

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: Фармасулин Н п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Фармасулин НNP 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. Круглогодично 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. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Б/л серия. АДГ № 6718 с .03.18 по .03.18. к труду .03.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.