#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 407

##### Ф.И.О: Слонская Юлия Григорьевна

Год рождения: 1983

Место жительства: Ореховский р-н, с. Юрковка ул, космическая

Место работы:

Находился на лечении с .03.18 по .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, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, периодические гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1994г. выявлен при обращении к периатру по поводу диаб жалобы в 11 лет.с того периода инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2008 в связи с частыми гипогликемическими состоянмии переведена на алоги: Эпайдра, Лантус В наст. время принимает: Эпайдра п/з-8-10 ед., п/о-8-10 ед., п/у-4-6 ед., Лантус 22.00 4-6 ед. Гликемия –2,4-12,0 ммоль/л. НвАIс - 7,6% от . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает хипотел 80 мг, небилет 2,5 мг. 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 |
| 22.03 | 160 | 4,8 | 4,6 | 7 | 3 | 1 | 65 | 29 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 22.03 | 61,3 | 4,96 | 1,25 | 1,99 | 2,39 | 1,5 | 5,4 | 118 | 13,3 | 3,0 | 2,1 | 0,1 | 0,34 |

22.03.18 Глик. гемоглобин -7,8 %

22.03.18 К – 4,35 ; Nа 135– Са++ -1,15 С1 -103 ммоль/л

### 22.03.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –20-25 в п/зр белок – 0,053 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

21.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

23.03.18 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – 0,089

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.03 | 13,0 | 9,9 | 5,8 |  |  |
| 25.03 |  | 12,1 | 5,2 | 2,0 |  |
| 26.03 | 11,6 |  |  |  |  |
| 27.03 |  |  | 4,5 | 3,7 | 4,7 |
| 28.03 2.00-11,6 |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

23.03.18Окулист: VIS OD= 0,9-1,0 OS= 1,0 .

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: А:V 1:2 вены широкие ,извиты, полнокровны, ед. микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложнённая катаракта ОИ

20.03.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ.

Кардиолог:

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

21.03.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

23.03.18 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

23.03.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 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 нарушена.

23.03.18 Допплерография: ЛПИ справа – 1,1, ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

26.03.18 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, фиброзирования поджулдуочной железы, нельзя исключить наличие микролитовв почках.

26.01.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,5см3; лев. д. V = 4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхогенность и эхоструктура обычные Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: 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.,

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 № 6717 с .03.18 по .03.18. к труду .03.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.