#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1271

##### Ф.И.О: Рудова Наталия Владимировна

Год рождения: 1988

Место жительства: Васильевский р-н, с. Приморское пер Широкий 19

Место работы: ООО «Роджерс» кладовщик

Находился на лечении с 01.10.18 по  10.10.18 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 гипогликемические состояния в различное время суток, чаще в нчоное время 2-3 р/нед, сухость во рту, жажда, полиурия, голвные боли, отеки стоп к вечеру, ощущение сердцебиений, боли в низу живота,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан НМ ). В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10-12ед., п/о-4-6 ед., п/у-4-8 ед., Протафан НМ 22.00 – 20 ед. Гликемия –3,8-16,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. АИТ, мелкий узел правой доли с 2014, АТТПО – 114 МЕ/мл ( 0-30) ТТГ – 2017 – 1,9 МмЕ/мл ( 0,3-4,0). 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 | | |
| 02.10 | 130 | 3,9 | 7,3 | 31 | |  | | 1 | 2 | 74 | 21 | | 2 | | |
| 08.10. |  |  |  | 14 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 02.10 | 113 | 3,0 | 0,9 | 0,99 | 1,6 | | 2,0 | 4,3 | 69 | 9,8 | 2,1 | 1,6 | | 0,24 | 0,19 |

2.10.18 Глик. гемоглобин – 9,7%

03.10.18 ТТГ – 1,99 мкМЕ/мл ( 0,4-4,0)

02.10.18 К – 4,19 ; Nа – 132Са++ -1,17 С1 - 104 ммоль/л

### 03.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. много- ; эпит. перех. - ед в п/зр

04.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 6000 эритр - белок – отр

03.09.18 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 5.09.18 Микроальбуминурия –35,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.10 | 7,4 | 8,1 | 6,1 | 11,0 | 11,1 |
| 04.10 | 10,2 | 11,0 | 8,7 | 8,7 | 9,0 |
| 07.10 | 5,6 | 11,7 | 3,2 | 13,6 | 11,3 |
| 08.10 | 8,7 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

03.10.18 Окулист: VIS OD= 0,2-0,3 OS= 0,3 ;.

Гл. дно: А:V 2:3 Сосуды широкие, извиты, больше вены, стенки вен утолщены. В макуле без особенностей Д-з: Ангиопатия сетчатки, миопия слабо степени ОИ 01.10.18 01.10.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

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

04.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Справа, слева – снижено 1 ст Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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.

01.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,8 см3; лев. д. V = 4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. В пр доел у заднег оконутра гидфроильный узел 0,68\*0,56 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Мелкий узел правой доли

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ

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: Актрапид НМ п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Протафан НМ 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. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Б/л серия. АДЛ № 1777 с .09.18 по .10.18 к труду .10.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.