#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1299

##### Ф.И.О: Чмутова Юлия Викторовна

Год рождения: 1991

Место жительства: Веселовский р-н, пг тВеселое ул. Р. Люксембург, 17

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 05.10.18 по  23.10.18 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,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II НФС I-II.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемческие состояния в различное время суток, преимщественно в ночное время а днем на фоне физ гнагрузок, перодически сухость в орту, жуждау ухудшение внемания и памяти, повышенеи веса на 2 кг за год, периодически учащенное сердцебиение, отеки н/к сбольше справа. Периодически боли в поясничной области

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. в кетоацидотическом состоянии. С начала заболевания на инслуиноетрпии: Актрапид НМ ,Протафан НМ в 5х кратном режиме, Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические (со слов), выписки со скорой помощи не предоставил. 04.10.18 отмечала гипогликемическое состояние. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 8ед., п/о- 4ед., п/у-4-6 ед., Протафан НМ 22.00 14 – 16 ед. Гликемия –1,5-20,0 ммоль/л. НвАIс -7,0 % от 16.08.18 . Последнее стац. лечение в 2016г. 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 | | |
| 08.10 | 135 | 4,1 | 5,6 | 2 | |  | | 2 | 2 | 72 | 21 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 08.10 | 10,6 | 4,6 | 0,64 | 1,42 | 2,88 | | 2,2 | 2,6 | 69 | 13,4 | 3,3 | 2,16 | | 1,55 | 4,2 |
| 16.10 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 16,0 | 3,4 | 2,3 | | 1,68 | 3,2 |

08.10.18 Анализ крови на RW- отр

09.10.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

13.10.18 фосфатаза зелочная 102 ед/л . холинестереза 522,

08.10.18 К – 4,47 ; Nа –134 Са++ - 1,07С1 -105 ммоль/л

### 05.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –2+; эпит. пл. –много ; эпит. перех. - в п/зр

05.10.18 ацетон – 1+

15.10 Ацетон 1+

С 20.1.018 ацетон - отр

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

##### .10.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.10 |  | 4,7 | 3,3 | 11,1 | 12,6 |
| 06.10 | 7,3 | 7,5 | 3,6 | 12,1 | 6,9 |
| 09.10 | 7,2 | 9,9 | 3,9 | 12,9 | 13,6 |
| 10.10 | 8,9 | 8,6 | 11,7 | 5,1 | 3,5 |
| 13.10 | 4,4 | 8,6 | 7,0 | 11,3 | 12,8 |
| 16.10 | 7,1 | 9,8 | 7,4 | 10,1 |  |
| 18.10 | 7,3 | 5,3 | 7,8 | 8,0 | 9,3 |
| 21.10 | 7,7 | 2,8 | 8,5 | 12,4 | 11,2 |
| 22.10 |  | 11,1 | 8,7 | 8,5 |  |

11.10.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 .

Гл. дно: сосуды умеренно сужены извиты, больше артерии, вены уплотнены, умеренно полнокровны, микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.10.18 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

08.10.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0.

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

11.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

Гастроэнтеролог: Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. панкреатит с ферментативной недостаточностью функции подж. железы, с нарушением внешне и внутрисекреторной функции подж. железы. 10.10.18Гинеколог: послеродовой ++

18.10.18 гастроэнтеролог: гепатит а/фаза средней степени интенсивности. ПСН 1- II ст. неалкогольнгая жировая болезнь печени 1 ст. гепатостеатоз.

11.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II 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 незначительно нарушена.

08.10.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст.

05.0.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,0 см3; лев. д. V = 4,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные м. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Левемир, Новорапид, тиосульфат, гептрал, укрлив, ксилат, эспа-липон, щелочное питье,

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. 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. 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. Б/л серия. АДЛ № 1777 с .10.18 по .10.18 к труду .10.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.