#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1356

##### Ф.И.О: Сажинская Наталья Герасимовна

Год рождения: 1964

Место жительства: Новониколаевский р-н, пгт Новониколаевка ул, Яникова,

Место работы: КУ «Новониколаевский ЦПМСП» ЗОС, медсестра

Находился на лечении с 16.10.18 по  29.10.18 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 сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, приступы сердцебиение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. выявлен при обращении по поводу диаб. жалоб, зуда кожи ,выявлена гипергликемия 9,0 мм р тст. Был назначен новонорм – без эффекта. В том же года была перведена н аинсулинотеприю: а25 , в 2007 – Новомикс.с 2011 – Актрапид НМ, Протофан НМ. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. 2017-0018 трижды с потерей сознания. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-16 ед., п/о- 8., п/у- 6ед., Протофан НМ 22.00 – 16 ед. Гликемия –8,0-13,0 ммоль/л. НвАIс – 6,7 % от 24.09.18 . 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 | | |
| 17.10 | 143 | 4,3 | 4,3 | 28 | |  | | 1 | 0 | 57 | 39 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.10 |  | 5,5 | 1,55 | 2,0 | 2,79 | | 1,8 | 4,4 | 87 | 11,7 | 2,9 | 85 | | 0,18 | 0,3 |

23.10.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

17.10.18 АЧТЧ – 28,5 МНО 0,88 ПТИ 113 фибр – 3,5

17.10.18 К – 17 ; Nа – 139 Са++ -1,09 С1 - 105 ммоль/л

### 17.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

22.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

19.10.18 Суточная глюкозурия – 2,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.18 Микроальбуминурия –105,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.10 |  |  | 6,9 | 5,7 | 11,3 |
| 17.10 | 11,7 | 13,9 | 8,3 | 9,5 | 11,2 |
| 18.10 2.00-5,9 | 6,4 |  |  |  |  |
| 20.10 | 8,7 | 15,3 | 7,1 | 5,3 | 4,1 |
| 22.10 |  | 7,2 |  |  |  |
| 24.10 | 3,9 | 7,1 | 3,8 | 10,5 | 10,5 |
| 25.10 |  |  |  |  | 3,0 |
| 25.10 |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

22.10.18 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,8 ;.

Гл. дно: сосуды сужены, вены неравномерного калибра, уплотнены, у меренно полнокровны, ангисоклероз, с-м Салюс 1- ш шст. друзы. Ед. микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

19.10.18 Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия .

ЭХО КС:

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

22.10.18Гинеколог: пр здорова

19.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

23.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; крючковидного изгиба желчного пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие полипа по передней стенке, фиброзирования поджелудочной железы, краевой фист левой почки, наличие спаек в малом тазу

16.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1 см3; лев. д. V =4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняются пекущие боли в н/к, преимущественно в ночное время, онемение пальцев стоп, судороги икроножных мышц. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая трудоспособный возраст, наличие полинейропатии, сохраняющийся болевой с-м н/к, решением ЛКК, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Березовый гай».

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. 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. 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. АДЛ № 1777 с .10.18 по .10.18 к труду .10.18

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.