#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 218

##### Ф.И.О: Волярчук Елена Петровна

Год рождения: 1970

Место жительства: Пологвоский р-н, с. Инженерное ул. Механизаторов 8

Место работы: н/р

Находился на лечении с 13.02.18 по 21.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, 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.

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, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Появилась сухость во рту, жажда, потеряла 17 кг. Была выявлена гипергликемия 19,0 ммоль/л, ацетон мочи 4+. С начала забеливания принимала ССТ: глюкофаж 1000 1т 2р/д амарил 2 мг. Спустя 3 мес на фоне ССТ вновь в кетоацидотческом состоянии была госпитализирована в ОИТ ЗОЭД. С того же времени назначена инсулинотерапия: Генсулин Н Генсулин Р 2р/сут. С 02.2017 назначен Генсулин Н п/з 26 ед, п/у 24 ед, глюкофаж 850 2р/д. однако глюкофаж отменил самостоятельно из-за диареи. Гликемия –3,2-15,0 ммоль/л. НвАIс - 13 % от 05.02.18. Последнее стац. лечение в 02.2017г. АИТ с 2013 АТТПО – (2017) – 313(0-30) МЕ/мл ТТГ – 0,1 ( 0,3-4,0) МЕ/мл В 2017 ЖДА кратковременно принимала тардиферон . Повышение АД около 8 лет. принимала лозап 100 мг 1т + эналаприл ТТГ – (0,3-4,0) Мме/мл; 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 |
| 14.02 | 118 | 4,78 | 5,2 | 14 | 0 | 0 | 66 | 25 | 9 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.02 | 106 | 6,22 | 1,31 | 1,94 | 3,7 | 2,2 | 5,4 | 72 | 15,6 | 3,6 | 2,6 | 0,31 | 0,64 |

16.02.18 Св.Т4 - 16,2 (10-25) ммоль/л; ТТГ –0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

14.02.18 К – 4,44 ; Nа –133 Са++ 1,20- С1 -106 ммоль/л

15.02.18 Проба Реберга: креатинин крови- 6,8мкмоль/л; креатинин мочи- 6,49 мкмоль/л; КФ- 111,5мл/мин; КР- 99,0 %

### 14.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1048 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

15.02.18 Суточная глюкозурия – 5,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.02.18 Микроальбуминурия –29,3мг/сут

##### 20.02.18 Микроальбуминурия –36,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.02 | 12,8 | 12,9 | 13,5 | 14,9 |  |
| 15.02 | 8,6 |  |  |  |  |
| 16.02 | 8,5 | 10,9 | 13,8 | 14,4 |  |
| 18.02 | 11,5 | 16,8 | 15,6 | 16,3 |  |
| 20.02 | 7,1 | 14,0 | 13,7 | 13,3 | 9,3 |
| 21.02 2.00-8,4 |  |  |  |  |  |

05.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

22.02.18 Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, вены неравномерного калибра, полнокровны, С-м Салюс 1 ст. В макуле без особенностей . Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.02.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

16.02.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг 2р/д. контроль АД.

25.02.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

19.02.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

16.02.18РВГ: 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 в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

21.02.18 УЗИ м/ж: Эхопризнаки фиброзно-кистозной мастопатии.

20.02.18Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.02.18 УЗИ Эхопризнаки диффузных изменений паренхимы печени, застойных изменений в желчном пузыре, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы, умерено выраженных изменений диффухных изменений паренхимы почек, микролитов в обеих почках .

13.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,1 см3; лев. д. V = 6,9см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1 ст. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, 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
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 .02.18 по .02.18. к труду .02.18

Леч. врач Выберите элемент.

Зав. отд. Выберите элемент.

Нач. мед. Карпенко И.В.