#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 244

##### Ф.И.О: Загородних Алина Михайловна

Год рождения: 1967

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск

Место работы: Вольнянская ЦРБ, врач

Находился на лечении с 19.02.18 по 23.02.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние С-м вегетативной дисфункции, церебрастенический с-м. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Хронический пиелонефрит, латентное течение в стадии обострения .. Неалкогольная жировая болезнь печени, стеатогепатит. НФП 1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, сухость кожи, общую слабость, повышенную утомляемость, стойкую ацетонурию в течение последнего месяца, усиление болей в н/к за последние 3-4 мес. зябкость стоп, судороги, онемение н/к, снижение чувствительности пальцев рук, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, скованность в коленных и голеностопных суставах, эпизодически повышение АД макс. до 145/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки на лице утром, н/к к вечеру, периодически давящие бои в области сердца на фоне эмоционального напряжения.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. при обследование по поводу подагрического артрита. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (сиофор 8501р/д, затем 100 мг 2р/д) В наст. время принимает: глюкофаж XR 1000 1т 2р/д. Гликемия –5,1-10,2 ммоль/л. НвА1С от 02.02.18 – 9,1% Последнее стац лечение 02.2017 в ЗОЭД. С 02-12.02.18 получала курс инфузионной терапии по м/ж ( диалипон 600 мг в/в № 10, трентал 5,0 в/в № 5, гептрал 400 в/в № 10, актвоегин 10,0 в/в № 10, мильгамма 2,0 в/м № 10, щелочное питье, сорбенты), однако на фоне лечения сохранялась ацетонурия 1+. С16.02.18 консультирована в ЗОЭД, была усилена дезинтоксикационная терапия, госпитализирована для подбора инсулинотерапии.

Анамнез жизни Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает розукард 10 мг 1т, клосарт 25 мг утром. С 2011 АИТ без увеличения объема АТТПО – (2011) – 130,8 АТТПО – 281, Гиперурикэмия с 2011. В анамнезе хр. пиелонефрит, панкреатит, ДЖВП гипомоторный тип. С 2014 хр. неалкогольный стеатогепатит.

Страховой анамнез : б/л АГВ № 235663 с 20.02.17-03.03.17

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 20.02 | 155 | 4,1 | 7,8 | 16 | 1 | 0 | 58 | 39 | 2 |
| 26.02 |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.02 | 85 | 3,0 | 1,91 | 1,2 | 0,982 | 1,5 | 5,4 | 78 | 10,6 | 2,8 | 8,2 | 1,1 | 1,5 |
| 26.02 |  |  |  |  |  |  |  |  | 8,2 | 2,6 | 10,6 | 0,85 | 1,35 |

21.02.18 Глик. гемоглобин – 8,9%

23.02.18 ТТГ – 0,5 ( 0,3-4,0) МЕ/мл

20.02.18 К – 4,77 ; Nа – 140Са++ - 1,18С1 -103,3 ммоль/л

21.02.18 Проба Реберга: креатинин крови-79 мкмоль/л; креатинин мочи- 107,40 мкмоль/л; КФ- 117,6мл/мин; КР- 99,2 %

### 19.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –1/4 в п/зр белок – 0,075 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ум в п/зр оксалаты, бактерии +

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

26.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5000 эритр - белок – отр

21.02.18 Суточная глюкозурия – 1,5 %; Суточная протеинурия – 0,046

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.02 |  |  | 10,3 |  |  |
| 20.02 | 8,9 | 11,2 | 11,2 | 11,7 |  |
| 21.02 | 8,8 |  |  |  |  |
| 22.02 2.00-6,9 | 6,5 | 8,7 | 10,2 | 12,8 | 9,9 |
| 25.02 | 7,0 | 8,3 | 8,1 | 7,5 | 8,9 |
| 27.02 | 7,5 | 9,8 | 9,7 | 7,8 | 8,8 |

20.02.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). СВД церебрастенчиеский с-м. Рек: актовегин 1т 3р/д, нуклео ЦМФ 1т 3р/д 1 мес

22.02.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 1,0

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: А:V 1:2 Сосуды сужены, умеренно извиты, с-м Салюс 1 ст. вены полнокровны. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

19.02.18 ЭКГ: ЧСС 75- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

26.02.18 Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

Рек. кардиолога: конс нефролога, дилтиазем ретард 90 1т 1р/д,. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

20.02.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 1т 1р/д, левостор 20 мг 1р/д длительно, карвитин 500 в/в № 10

20.02.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

27.02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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 сохранена..

19.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,4 см3; лев. д. V =5,8 см3

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

Лечение: Инсуман Базал, клосарт, липоевая кислота, урсохол 250, гептрал 400, адаптол 500, нуклео ЦМФ в/м, т-триомакс в/м , торадив 5, цефикс 400, глюкофаж 500, арифон ретард 1,5 ,

Состояние больного при выписке: Гликемия в пределах скомпенсированных значений, ацетонурии нет, сухость во рту, жажда не беспокоят, несколько уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. лейкоцитурия несколько снизилась на фоне начатой а/б терапии, в связи со стойкой ацтеонурией на фоне приема ССП, а также сопутствующей патологией печени назначена инсулинотерапия.

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 Нв А1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/уж 18-20ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \* утром

при нормализации печеночных проб, отсутствии ацетона в моче, рассмотреть вопрос о подборе ССТ.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч после нормализации АЛТ, АСТ, тимоловой пробы с контр. липидограммы 1р в 6 мес
3. Гипотензивная терапия: арифон ретард 1,5 1т натощак, клосарт 25 мг утром.
4. Липоевая кислота 2т 3р/д 2-3 мес., нуклео ЦМФ 1т 3р/д 1 мес. актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. плетол 100 мг 1т длительно, адаптол 500 мг 1т утром, 1-2 мес
5. гептрал 400 1т 2р/д 3-4 мес, урсохол 250 2т на ночь 3-4 мес . Контроль печеночных проб в динамике, конс гастроэнтеролога в плановом порядке.
6. контроль мочевой кислоты в плановом порядке,
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Б/л серия. АДГ № 671842 с 19.02.18 по 28.02.18. к труду 01.03.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.