#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 757

##### Ф.И.О: Бельщева Нина Анатольевна

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Энергодар, ул. Центральная 16-182

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 28.05.13 по 07.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, субкомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл.постинфарктный кардиосклероз( 2008г.). АКШ (2010г.) СН I Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (диабетическая, гипертоническая). Хроническая диссомния, цереброастенический с-м .

Жалобы при поступлении на потерю веса на 10 кг за год, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, периодические гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, вздутие живота, онемение подошвенной части стоп, пекущие боли в стопах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г на фоне инфаркта миокарда(12.2008). С начала заболевания ССП (диабетон, сиофор, олтар). В связи с необходимостью проведения АКШ и отсутствием компенсации в 2010 была переведена на ИТ( Хумодар Р100р, Б100Р). Прибавила в весе более 20 кг за год, отмечала гипогликемические состояния, в 05.2010г. гипогликемическая кома, в связи с чем с 2011г. переведена на Лантус в сочетании с сиофором. В наст. время принимает: Лантус п/з-24-34 ед, сиофор 2000 мг/сут.

Гликемия – 4-8ммоль/л. НвАIс – 7,3 % от 02.2013. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.05.13Общ. ан. крови Нв – 152 г/л эритр –4,8 лейк –5,6 СОЭ – 11 мм/час

э-4 % п- 0% с- 69% л- 25% м- 2%

29.05.13Биохимия: СКФ –130 мл./мин., хол –3,85тригл -1,84 ХСЛПВП -1,03 ХСЛПНП -1,98 Катер – 2,7мочевина –3,8 креатинин – 62 бил общ –10,4 бил пр –2,5 тим –1,2 АСТ – 0,20 АЛТ – 0,34 ммоль/л;

04.06.13Глик. гемоглобин – 8,2%

31.05.13 ТТГ 1,6 Мме/л (0,3-4,0)

### 29.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 7-9 в п/зр белок – 0,030 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр, бактерии, слизь

03.06.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

30.05.13Суточная глюкозурия – 0,49%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.05.13Микроальбуминурия –170,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.05 | 6,9 | 8,7 | 9,9 | 5,5 |  |
| 02.06 | 6,4 | 7,7 | 8,3 | 6,4 | 6,4 |
| 06.06 | 5,0 | 5,6 | 8,5 | 9,1 |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза (диабетическая, гипертоническая). Хроническая диссомния, цереброастенический с-м

Окулист: VIS OD=0,1 OS=0,1 ; ВГД OD= 21 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

28.05.13ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Рубец по задней стенке. Дистрофические изменения миокарда.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл.постинфарктный кардиосклероз( 2008г.). АКШ (2010г.) СН I Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

06.06.13ЭХО КС: КДР- 4,8см; КДО-108 мл; КСР- 3,3см; КСО- 4,3мл; УО- 65мл; ФВ- 61%; просвет корня аорты -20 см; АК раскрытие – 1,21N; ПЛП -5,2 см; МЖП – 1,1 см; ЗСЛЖ –1,1 см; ППЖ- 5,0см; По ЭХО КС: Стенки аорты склерозированы, функция АК не нарушена. Краевой склероз створок МК, раскрытие достаточное. Диастолическая функция ЛЖ сохранена. Регистрируется асинхронное сокращение МЖП. Трикуспидальная регургитация 1 ст.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.05.13 Р-графия ОГК№ 19394: легкие без очаговой инфильтративной симптоматики, корни структурны, синусы свободные. Справа релаксация купола диафрагмы. Органы средостения: СПО, гипертрофия ЛЖ.

РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

05.06.13УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,8 см3; лев. д. V = 5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура небольшое количество мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лантус, диаформин, сиофор, диалипон, престариум, атерогель, кардиомагнил, розукард, небилет.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус п/з- 26-28ед.,

сиофор (диаформин, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь. престариум 5 мг веч., небилет 2,5-5 мг\*1р/сут. Контроль АД, ЭКГ.
5. Диалипон (берлитион) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: кортексин 10 г в/м № 10, армадин 2,0 в/м № 10, актовегин 10 в/в стр № 10.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
8. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.