#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 472

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

Год рождения: 1962

Место жительства: г.Энергодар, ул Центральная 16, кВ 122

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 04.04.14 по 15.04.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, субкомпенсация. Миопия средней степени ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Ожирение II ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. постинфарктный кардиосклероз(2008) АКШ (2010) СН I А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I, церебральный атеросклероз 1 цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, отеки голеней, пекущие боли в стопах, головокружение при ходьбе, вздутие живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г на фоне перенесенного инфаркта миокарда. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: 2010 - гипогликемическая. С начала заболевания ССП (Диабетон MR, сиофор, олтар). В связи с необходимостью проведения АКШ и отсутствием компенсации в 2010 переведена на инсулинотерапию. (Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р). Прибавила тогда в течении года около 20 кг, отмечала гипогликемические состояния, перенесла в 05.2010 гипогликемическую кому, в связи с чем в 2011 была переведена на Лантус в сочетании с сиофором. В наст. время принимает: Лантус п/з- 32ед., Глюкофаж 2000 мг/сут. Гликемия –4,6-8,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 6 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.04.14 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр – 4,4ейк – 7,0 СОЭ – 18 мм/час

э- 0% п- 0% с- 53% л46- % м- 1%

07.04.14 Биохимия: СКФ –110 мл./мин., хол –3,3 тригл -2,01 ХСЛПВП -1,22 ХСЛПНП -1,16 Катер -1,7 бил общ –9,8 бил пр – 2,4 тим –2,0 АСТ –0,27 АЛТ –0,19 ммоль/л;

11.04.14 К – 5,0 Na – 152 Са – 2,5 ммоль/л

07.04.14 Глик гемоглобин – 7,4 %.

### 08.04.14 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 7-10 в п/зр белок – 0,037 ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. – ед в п/зр

10.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

08.04.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.04 | 5,5 | 7,1 | 4,7 | 9,5 | 6,0 |
| 07.04 |  |  |  | 5,0 |  |
| 11.04 | 6,9 | 8,3 | 6,1 | 6,7 |  |
| 14.04 | 6,7 |  |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1. ЦА I, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

04.04Окулист: VIS OD= 0,1-3,0=1,0 OS= 0,1-3,0=1,0 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Миопия средней степени ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

04.04ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Рубец по задней стенке.

07.04Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. постинфарктный кардиосклероз(2008) АКШ (2010) СН I А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

07.04Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

07.04РВГ: Нарушение кровообращения справа – II, слева II-Ш ст. , тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока слева.

08.04Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ЗББА справа 29-31%, ПББА слева 38-43%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.04УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,5 см3; лев. д. V = 5,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: глюкофаж, бикард, копренесса, кардиомагнил, розукард, Лантус, диалипон, тиогамма турбо, нейробион.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус п/з-32-34 ед

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розукард 20 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: карведилол 12,5мг утр., кардиомагнил 75мг 1т. веч., розукард 20 мг вечпредуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., престариум 5-10 мг веч., при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес.
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д.,
7. 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.