#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 839

##### Ф.И.О: Маркова Галина Ефимовна

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Запорожье ул. Ладожская 38-29

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.07.16 по 25.07.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада Ш ст. Имплантация ЭКС (2010) СН 1 Дисциркуляторная энцефалопатия I, вестибуло-атактический с-м.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2010 в связи с декомпенсацией СД и предстоящей операцией – имплантации водителя ритма, переведена на Новорапид, Лантус. В наст. время принимает: Лантус 22.00 – 36-40 ед. Гликемия –8-12 ммоль/л. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.07.16 Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр – 3,6 лейк – 3,6 СОЭ –16 мм/час

э- 8% п-4 % с- 63% л- 21 % м-4 %

13.07.16 Биохимия: СКФ –86,8 мл./мин., хол –4,2 тригл -1,1 ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП -2,23 Катер -1,8 мочевина – 7,0 креатинин –75 бил общ –12,8 бил пр –3,2 тим – 2,47 АСТ – 0,29 АЛТ – 0,50 ммоль/л;

08.07.16 глик гемоглоби – 12,8 %

### 13.07.16 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-5 в п/зр белок – 0,054 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. ед- в п/зр

15.07.16 Суточная глюкозурия – 9,4 %; Суточная протеинурия – 0,055

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.07 | 8,1 | 7,3 | 6,9 | 7,9 |
| 18.07 | 5,7 | 5,9 | 5,1 | 3,7 |

22.07.16Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, вестибуло-атактический с-м.

12.07.16ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. НА ЭКГ регистрируется ритм ИВР с ЧСС 75 уд\мин с единичными синусовыми сокращениями.

14.07.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, АВ блокада Ш ст. имплантация ИВР (2010) СН 1

2015Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

31.05.16 Доплерография левой н/к:. Выявленная эхокартина может быть следствием диаб. ангиопатии на фоне выраженного атеросклеротического изменения сосудистой стенки, с развитием нарушения кровообращения по артериям н/к (недостаточность кровообращения в дистальных отделах, больше слева), неустойчивости сосудситого тонуса, наличием ангиоспаститеческого компонента. Эхопризнаки варикозной деформации системы БПВ с двух сторон с признаками клапанной венозной недостаточности, несостоятельными перфорантами, с явлениями коллатеральной субкомпенсации, ПТФС берцовой вен. Признаки тромбоза вен н/к на доступных для визуализации участках отсутствуют.

Лечение: Лантус, диалипон, актовегин, вазопро, Донна, витаксон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, несколько уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога, невропатолога, окулиста, ангиохирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус п/з- 40-42ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., эплеренон 25 мг 1р\д. контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, суточное мониторирование ЭКГ по м/ж.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в день 1,5 мес, мильгамма 1т 1р\д 1 мес, лечение у ревматолога.
9. Конс окулиста, ангиохирурга по м\ж
10. 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 Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.