#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 795

##### Ф.И.О: Слепцова Наталья Викторовна

Год рождения: 1958

Место жительства: г. Запорожье ул. Красногвардейская 4/31

Место работы: н/р

Находился на лечении с 29.05.17 по 09.06.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1 ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. ДДПП на поясничном уровне, вертеброгенная люмбалгия, хр, рецидивирующее течение. Хр. пиелонефрит, латентная форма обострение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, периодические боли в эпигастральной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (амарил, сиофор, диабетон). С 2009 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию: Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-14 ед., п/у- 16ед., Левемир п/з-34 ед., п/у- 36ед. Последнее стац. лечение в 2015г. Артериальная гипертензия периодически, гипотензивную терапию не принимает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 30.05 | 130 | 3,9 | 4,9 | 25 | 1 | 0 | 71 | 26 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 30.05 | 76,1 | 7,4 | 1,85 | 1,33 | 5,3 | 4,5 | 3,6 | 69 | 10,8 | 2,3 | 3,5 | 0,42 | 0,35 |

30.05.17 Анализ крови на RW- отр

06.06.17 Глик гемоглобин – 7,5%

02.06.17 К – 4,4; Nа –142,7 Са - 2,4 ммоль/л

### 30.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –10-13 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

02.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - 750 белок – отр

31.05.17 Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 31.05.17 Микроальбуминурия – 26,4мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.05 | 7,9 | 9,2 | 8,7 | 10,5 | 5,4 |
| 31.05 | 5,9 |  |  |  |  |
| 06.06 | 13,2 | 12,0 | 8,5 | 6,3 | 6,2 |
| 07.06 | 8,1 | 9,6 |  |  |  |
| 08.06 | 10,1 | 9,8 | 8,4 | 7,6 |  |

30.5.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), хроническое течение ДДПП на поясничном уровне, вертеброгенная люмбалгия, хр, рецидивирующее течение.

06.06.17 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие, артерии сужены, склерозированы, Салюс I-II. по ходу сосудов ретинальные геморрагии, микроаневризмы. В макулярной области рефлекс сглажен. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ.

29.05.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен.. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка..

30.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст..

30.05.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. 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.

30.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,3 см3; лев. д. V =3,8 см3

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

Лечение: ципрофлоксацин, флуконазол, этсет. Новорапид, Левемир, тиогамма, тивортин, тиоцетам,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипергликемии в утренние часы, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 14-16ед., п/уж -14-16 ед., Левемир п/з-36-38 ед., п/уж – 36-38ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 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. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/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. Карпенко И.В