#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 836

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

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Энергодар ул. Центральная 16-122

Место работы: н/р

Находился на лечении с 07.06.17 по 19.06.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОД. Начальная катаракта OS. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС: стенокардия напряжения 1-II ф.кл., п/инфарктный (2008) кардиосклероз. Состояние после АКШ (2010) СН 1. Гипертоническая болезнь Ш стадии, 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1ст сочетанного генеза (дисметаболического гипертонического), цереброастенический с-м, с-м умеренной вестибулопатии. Хр. пиелонефрит, латентная форма, в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на периодически гипогликемические состоянии в разное время суток, купируемые доп. приемом пищи, сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2-3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги в ночное время, онемение ног, головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП.. С 2010 в связи со стойкой декомпенсацией переведена на инсулинотерапию Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В 2011 в связи с гипогликемическими состояниями, значительным увеличением веса переведена на Лантус. В наст. время принимает: Лантус п/з- 36ед., метамин SR 1000 2р/д Гликемия –10,0-15,1 ммоль/л. НвАIс – 11,5 % от 23.05.17. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 9 лет принимает нолипрел форте 1т. В 2016 АКШ. В 1992 – холецистэктомия. 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 |
| 08.06 | 149 | 4,5 | 5,8 | 16 | 7 | 1 | 62 | 27 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.06 | 86,9 | 5,6 | 2,2 | 1,12 | 3,4 | 4,0 | 2,5 | 87,2 | 13,5 | 4,0 | 2,0 | 0,18 | 0,12 |

09.06.17 К – 4,34 ; Nа – 138,6 Са - 2,31 ммоль/л

### 08.06.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -1-2-3 в п/зр слизь на все п/зр, мочевая кислота, ураты, кристалы мочекислого амиония.

08.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр -2000 белок – отр

16.06.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -9000 эритр - белок – отр

09.06.17 Суточная глюкозурия – 2,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 09.06.17 Микроальбуминурия –58,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.06 | 10,8 | 12,2 | 9,5 | 8,3 |  |
| 09.06 | 6,5 | 8,4 |  |  |  |
| 11.06 | 5,7 | 9,7 | 8,8 | 8,9 | 9,7 |
| 14.06 | 5,6 | 6,9 | 5,8 | 7,5 |  |
| 18.06 | 6,3 | 5,8 | 6,8 | 5,7 |  |

07.06.17Невропатолог: ДЭП 1 сочетанного генеза (дисметаболическая гипертоническая) цереброастенический с-м, с-м умеренной вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 4), хроническое течение

12.06.17 Окулист: негомогенное помутнение хрусталика ОД, преимущественно в задней капсуле. Гл. дно под флером. OS: начальные помутнения в хрусталике. ОИ: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии сужены, ангиосклероз, с-м Салюс 1, вены расширены, неравномерного калибра, сосуды извиты. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Незрелая катаракта ОД. Начальная катаракта OS.

07.06.17 ЭКГ от 020.6.17: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Рубец по задней стенке. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда с нарушением кровообращения верхушечнобоковой области.

09.05.17 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. п/инфарктный ( 2008) кардиосклероз. Состояние после АКШ (2010) СН 1Гипертоническая болезнь Ш стадии 3 степени. Гипертензивное сердце I. Риск 4. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, клопидогрель 75, нолипрел форте 1т1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.

14.06.17 ЭХО КС: Камеры сердца не расширены. Стенки аорты склерозированы. Функция АоК не нарушена. Умеренная гипертрофия ЛЖ. Систолическая и диастолическая функции ЛЖ не нарушена. Регургитация на МК и ТК -1 ст. Регистрируется асинхронное сокращение МЖП. ФВ 68% ( 55-75).

14.06.17 УЗИ МВС: Структурных изменений органов МВС не выявлено.

08.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст..

08.06.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. 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 N .

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

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

Лечение: метамин, кардиомагнил, розукард, бисопролол, нолипрел форте, ципрофлоксацин, воксид, Лантус, диалипон, мильгамма, ноотропил, физиолечение, ограния.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД130/80 мм рт. ст. Сохраняется лейкоцитурия в ан. мочи по Нечипоренко.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Лантус п/з- 36-38 ед.

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

Воксид 0,2 1т 3р/д перед едой.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия розукард 1т на ночь (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: нолипрел форте 1т утром, бисопролол 10 мг ½ т 1р\д, кардиомагнил 1 т. вечер, платогрил 75 мг 1т в обед, длительно. Предуктал MR 1т 2р\д 1 мес. Контр. АД, ЧСС, ЭКГ.
4. Лечение полинейропатии: Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д 1 мес.. органия 150 мг 1к на ночь.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Левофлоксацин 500 мг 1т/сут + фуромаг50 мг1к 3р/д 10дней. Контроль Ан. мочи по Нечипоренко через 7 дней по м\ж.
7. Рек. окулиста: в плановом порядке ФЭК + ИОЛ на ОД.
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 Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В