#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1221

##### Ф.И.О: Кожадей Наталья Александровна

Год рождения: 1957

Место жительства: Васильевский р-н, ул. Восточная 7а

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 05.09.17 по 15.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 38,9кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. Энцефалопатия II ст сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м. ИБС: диффузный кардиосклероз, бифасцикулярная блокада. СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. МКБ: микронефролитиаз, пиелонефрит в ст. обострения.

Жалобы при поступлении на выраженную сухость во рту в ночное время, учащенный ночной диурез, потливость ночью, резкое снижение зрения на ОИ, отсутствия чувствительности в пальцах ног, боли и судороги в н/к, увеличение веса на 13 кг за 3 года, повышение АД макс. до 220/110 мм рт.ст., выраженные головные боли в затылочной и височных областях, шаткость при ходьбе, пекущие боли в области сердца, перебои в работе сердца, одышка при подъеме на 3-й этаж.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. во время пребывания в кардиодиспансере. Связывает со стрессом. С начала заболевания принимала глибомет, затем сиофор 500, в последующем 850мг, затем 1000 мг 1т 2р/д. С 2013 в связи декомпенсацией СД переведена на комбинированную терапию в условиях эндокриндиспансера: Генсулин Н, Генсулин Р в 2х кратно режиме + диаформин 850 1т 2р/д. С 11.2016 во время оперативного лечения по поводу миомы переведена на 4х кратное введение, после чего отмечала улучшения гликемического контроля. Течение стабильное. В 2014 гипогликемическая кома из-за неправильного введения инсулина. В наст. время принимает: Генсулин Р п/з- 16ед., п/о12 ед., п/у- 10ед.,Генсулин Н 22.00 24 ед. + диаформин 850 1т 2р/д Гликемия –12-19 ммоль/л. НвАIс – 10,1 % от 22.02.17 . Последнее стац. лечение в 2014г. Со слов пациентки, самостоятельно получала курс инфузионной терапии по м/ж (диалипон 600 в/в кап№ 10,актовегин 10,0 в/в кап № 10, затем в течение месяца указанные препараты в таблетированной форме), однако уменьшение болевого с-ма не отмечает Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает диокор 160 мг 1т утром, бисопролол 5 мг утром, амлодипин 5 мг веч. В 03.2016 вскрытие абсцесса брюшной стенки в местах ведения инсулина. В 11.2016 экстирпация матки с придатками (миома). В 2013 эндоскопическое удаление полипов толстого кишечника.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 06.09 | 149 | 4,5 | 4,7 | 28 | 0 | 2 | 55 | 37 | 6 |
| 14.09 | 146,5 | 4,4 | 5,6 | 29 | 3 | 2 | 47 | 43 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.09 | 141 | 6,99 | 2,89 | 1,08 | 4,58 | 5,5 | 4,2 | 64 | 15,2 | 3,6 | 3,5 | 0,4 | 0,18 |

05.09.17ТТГ – 1,1(0,3-4,0) Мме/мл

07.09.17 К – 4,09 ; Nа –135,3 Са++ -1,18 С1 - 94 ммоль/л

### 06.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

06.09.17 СКD-EPI – 90 мл /мин/1,73м2

08.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 200000 эритр -2000 белок – отр

12.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 5000 эритр -500 белок – отр

07.09.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 07.09.17 Микроальбуминурия – 44,9мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.09 | 10,8 | 8,7 | 8,2 | 6,5 |
| 08.09 | 12,0 | 14,1 | 7,7 | 7,6 |
| 10.09 | 10,6 | 6,6 | 8,4 | 9,2 |
| 12.08 | 11,0 | 11,7 |  |  |
| 13.08 | 8,4 | 8,0 | 9,6 | 6,7 |
| 14.08 | 6,9 |  |  | 7,8 |
| 15.08 | 7,1 |  |  |  |

11.9.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5), Энцефалопатия II ст сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Рек: актовегин 10,0 в/м № 10, неогабин 75 мг 2р/д 1 мес, келтикан 1т 3р/ 1 мес, предоставть МРТ голвоного мозга, УЗДС МАГ.

06.09.17Окулист: VIS OD=0,6 сф + 0,5=0,8 OS=0,6сф+ 0,5=0,8 ; Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии сужены, вены полнокровны, с-м Салюс 1 ст. В макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

29.08.17ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ.

07.09.17Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, бифасцикулярная блокада . СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь Ш стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 2р/д, предуктал MR 1т2р/д, трифас 5 мг 1р/д, аспирин кардио 100 мг 1р\д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

06.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.09.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст.

06.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы. Периферическое сопротивление сосудов н/к в по видимому снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена

12.09.17 УЗИ почек: Эхопризнаки наличия мелких конкрементов в почках без нарушения урокинетики, нельзя исключить удвоение синуса левой почки.

05.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V =6,1 см3

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

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, амлодипин, диаформин, диокор, милдракор, нуклео ЦМФ, витаксон, неогабин, тромбонет, этсет, ципрофлоксацин, флуконазол, физиолечение, бисопролол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, несколько уменьшились боли в н/к, сухость во рту не беспокоит, уменьшилась потливость в ночное время. АД 125/80 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: Генсулин Р п/з-8-10 ед., Генсулин Н п/з 30-32ед, п/у 34-36ед

ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (этсет 20 мг) с контролем липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: диакор 160 мг 1т утром, бисопролол 5 мг утром, амлодипин 5 мг веч., тромбонет 1т на ночь контроль АД ЧСС, ЭХОКС в плановом порядке с послед. конс кардиолога по м/ж
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1к 3р/д 1 мес,, витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., неогабин 150 мг 1т 1р/д 1 мес.
6. Продолжить прием ципрофлоксацина 500 мг 1т 2р/д + флуконазол 50 мг 1т1р\д до10 дней, контроль ан. мочи по Нечипоренко по м\ж.
7. Контроль СОЭ в динамике по м\ж
8. УЗИ почек 1-2 р/ год . Конс. уролога в плановом порядке.
9. ФКС 1р/год. конс. гастроэнтеролога.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В