#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1414

##### Ф.И.О: Сафина Светлана Ивановна

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Днепрорудный, ул. Комсомольская 13-18

Место работы: ЧАО ЗЖРК ЖЭД, курьер инв Ш гр

Находился на лечении с 26.10.18 по  06.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. субкомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. . Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 0-1 ст. САГ 1ст.. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, пекущие боли в стопах, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., периодически вздутие живота после еды.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. во время стац лечения с того же времени ССТ( глибенкламид ,метамин, диаформин, диаглизид). В 2015 во время стац лечения в эндокриндиспансере переведена на инсулинотерапию Хумодар К 25 100Р, но в связи с зудом кожи в 2016 была переведена на Инсулар Стабил. В наст. время принимает: Инсулар Стабил п/з-28 ед., п/у- 22ед., метамин SR 850 мг 2р/д. Гликемия –14-16 ммоль/л. НвАIс - 10,6 % от 26.10.18 . Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение года, гипотензивную терапию не принимает . ИБС с 2015. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 29.10 | 138 | 4,36 | 5,,6 | 21 | |  | | 1 | 0 | 61 | 36 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 29.10 | 84,6 | 5,61 | 5,05 | 1,08 | 2,21 | | 4,1 | 2,6 | 78 | 11,4 | 2,8 | 4,5 | | 0,41 | 0,52 |

20.10.18 К – 4,61 ; Nа – 142 Са++ 1,14 С1 -101 ммоль/л

### 30.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед эпит. перех. -ед в п/зр

30.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000 эритр - белок – отр

29.10.18 Суточная глюкозурия –0,62 %; Суточная протеинурия – отр

##### 31.10.18 Микроальбуминурия – 69,2/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.10 | 8,8 | 12,0 | 12,9 | 8,2 |  |
| 31.10 | 6,0 | 8,7 | 13,7 | 8,9 |  |
|  |  |  |  |  |  |

2017 невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

01.11.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS=0,9-1,0

Уплотнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: А:V 2:3 сосуды сужены, вены полнокровны, с-м Салюс 1 ст. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

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

24.10.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 0-1 ст. САГ 1 ст.

29.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

29.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

29.10.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

29.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9см3; лев. д. V = 5,8 см3

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

Лечение: Инсулар Стабил, мефармил, асафен, вазилип, весел дуэ-ф мильгамма, тиоктацид, бисопролол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняются пекущие боли в н/к, преимущественно в ночное время, онемение пальцев стоп. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая наличие полинейропатии, сохраняющийся болевой с-м н/к, решением ЛКК, направляется на реабилитационное лечение в санаторий «Орливщина».

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсулар Стабил п/з- 32-34ед., п/уж -24-26ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг 1р/сут, дообследование ЭХОКС.
5. С нефропротекторной целью: эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д., 1 мес., весел дуэ-ф . 1т 2р/д 2 мес
7. Б/л серия. АДЛ № 177830 с 26.10.18 по 06.11.18 . продолжает болеть. С 07. 11.18 б/л серия АДЛ № 177831 на реабилитационное лечение в санаторий «Орливщина» № договора

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.