#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1152

##### Ф.И.О: Белоконь Александра Семеновна

Год рождения: 1950

Место жительства: Г. Польский р-н, с Тимировка ул. Мира 49

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находилась на лечении с 03.09.18 по  12.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Узловой зоб Iст, узел левой доли. Эутиреоидное состояние. ИБС: стенокардия напряжения ФК II, диффузный кардиосклероз, СН II А ФК II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II. Дисциркуляторная энцефалопатия II, гемисенсорные расстройства справа. Хр.цистит в ст. нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, учащенный диурез, ухудшение зрения, повышение АД до 170/100, шаткость при ходьбе, головокружение, онемение и снижение чувствительности в правой половине тела и лица, боли в тазобедреных , коленных суставах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992 г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил, сиофор). В связи со стойкой декомпенсацией с 2000г переведена на инсулинотерапию: Протафан НМ, затем Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р. С 2012 на Инсуман Базал, Инсуман Рапид в комбинации с диаформином. 18.08.18 на фоне повышения цифр АД появилось онемение в правой половине тела. Была госпитализирована в неврол.отд.ЗОКБ, где находилась с 20.08.18 по 02.09.18. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 28ед., Инсуман Рапид п/з 8ед. метформин 1000 мг 2р/д. Гликемия –12,8-20,4 ммоль/л. НвАIс - 9,3% от 08.2017 . Последнее стац. лечение в 03.2018г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Узловой зоб с 2015. ТАПБ -2015, АТ-ТПО – 25 МЕ/мл ( 0-30) -2015г . ТТГ от 16.03.18-0,6 (0,3-4,0). ИБС, стенокардия напряжения. ГБ около 20 лет. Принимает диокор 160 мг, индап 2,5 мг, кардиомагнил 75 мг.2002г-экстирпация матки с придатками. Коксартроз слева. ДДПП. Вентральная грыжа.

Данные лабораторных исследований

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 04.09 | 139 | 4,2 | 5,1 | 25 | |  | | 1 | 0 | 68 | 30 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.09 | 77,9 | 5,3 | 1,68 | 1,48 | 3,3 | | 2,5 | 3,0 | 73 | 12,3 | 3,1 | 3,0 | | 0,3 | 0,23 |

04.09.18 К – 3,88 ; Nа – 138 Са++ 1,14- С1 -106 ммоль/л

### 04.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,69 ацетон –; эпит. пл. много- ; эпит. перех. - в п/зр

06.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 75000 эритр -1000 белок – отр

12.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр - 0 белок – отр

05.08.18 Суточная глюкозурия – 1,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.08.18 Микроальбуминурия –44,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.09 |  |  |  | 10,0 | 9,1 |
| 04.09 | 8,6 | 11,0 | 8,0 | 13,8 |  |
| 07.09 | 6,6 | 4,9 | 7,3 | 14,3 |  |
| 08.09 | 6,2 | 9,8 | 5,5 | 8,3 |  |
| 09.09 |  | 8,2 |  |  |  |
| 10.09 | 5,9 | 7,1 | 5,6 | 6,6 |  |
| 11.09 |  | 7,4 | 6,3 |  |  |

31.08.18 Окулист (ЗОКБ):

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Вены расширены. Артерии узкие. По всему глазному дну точечные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области депигментация.

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

05.09.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. СН II ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Риск 4. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д, нолипрел форте 1т 2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

20.08.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

10.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, бисопролол, карведилол, армадин лонг, нейромидин, левофлоксацин, диокор , триттико, вазилип, асафен, омепразол, рипронат, релаксил, мефаомил, индапамид.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, сухость во рту, жажда не беспокоит, гипогликемические состояния не отмечаются, гликемия в пределах компенсированных значений, сохраняется онемение в правой половине тела. АД 130-140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невролога 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: Инсуман Базал п/з-28 ед.,

ИнсуманРапид п/з –6-8 ед.

1. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
2. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес. (после нормализации ан.мочи)
3. Гиполипидемическая терапия: вазилип 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
4. Гипотензивная терапия: Диокор 160 мг 1 т утром , индапрес (индап) 2,5 мг утром, карведилол 12,5 мг утром, кардиомагнил (лоспирин) 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Рек.невролога ЗОКБ: триттико 50 мг на нось, релаксил 2 капс.на ночь, дипронат 500 мг 1т 2 р/д, нейромидин 1 т 2р/д-1 мес, армадин лонг 300 1 т утром-1 мес.
6. Левофлоксацин 500 мг 1 т 1р/д- 5 дней, нефрофит сбор 1 пакет 3 р/д-1 мес, через 2-4 нед ан.мочи по Нечипоренко, ОАК, ОАМ. При отсутствии эффекта-бак.посев мочи на флору и чувствительность к а/б
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И.о. зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.