#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1176

##### Ф.И.О: Ненова Нина Ивановна

Год рождения: 1951

Место жительства: г. Запорожье ул. Криворожская 33 -19

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 11.09.18 по  22.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ЦХРД. Начальная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 31,2 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 0-Iст, узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ХБП II. МКБ: конкременты обеих почек. Хр.пиелонефрит в ст. нестойкой ремиссии. ЖКБ: калькулезный холецистит вне обосрения.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, отмечает появление судорогв пальцах рук и в икроножных мышцах, онемение в р пальцах рук и ног, около 3 дней назад отмечала гипогликемические состояние рано утром, ухудшение зрения, повышение АД до макс. 210/130 мм.рт.ст., частые гол.боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. пр иобследваони иу окулиста была выявлена гипергликемия 10,5 ммоль/л, с того времени принимала ССП: глибомет, затем из-за плохой переносимости амарил 2мг, затем 4 мг утром. препараты метформина не переносит ( боли в животе, диарея). С 2017 на иинсулинотерпии. Получает Генсулин Н 2р/д В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 16ед., п/у-6-8 ед. Гликемия –7,9-14 ммоль/л. НвАIс – 9,0 % от 09.07.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: В анамнезе ЖКБ, хр.панкреатит, МКБ (2016г-литотрипсия) Повышение АД в течение 30лет. Из гипотензивных принимает вальсакор 80 мг утром, при кризах каптопрес. С 2007г-узел в щитовидной железе, От 2017г ТТГ1,0 (0,3-4,0), АТ-ТПО 16,2 (0-30). От 05.09.18 ТТГ-1,15мкМЕ/мл (0,3-4,0).

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 12.08 | 147 | 4,4 | 8,4 | 37 | |  | | 1 | 2 | 57 | 36 | | 4 | | |
| 18.09 |  |  |  | 31 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.09 | 73,1 | 6,8 | 2,0 | 1,21 | 4,65 | | 4,6 | 4,2 | 77 | 11,4 | 2,8 | 2,3 | | 0,39 | 0,1 |

12.09.18 К – 4,84 ; Nа – 133 Са++ -1,16 С1 - 99 ммоль/л

### 12.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

14.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – отр

13.09.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 13.09.18 Микроальбуминурия –39,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.09 | 8,4 | 8,7 | 7,3 | 7,6 |  |
| 14.09 | 7,1 | 7,6 | 7,1 | 13,2 |  |
| 17.09 | 6,6 |  |  |  |  |
| 18.09 |  |  |  | 10,0 |  |

18.09.18 Окулист: VIS OD= движение руки OS=0,2сф + 3,0=0,8 ;.

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: вены неравномерного калибра,полнокровны, артерии сужены. с-м Салюс 1 ст. На ОД – в центральной области грубые старые, фиброзные очаги.OS –мелкие дистрофические пигментные очаги. Д-з: ЦХРД. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

11.08.18ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

14.09.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

11.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

14.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II ст. 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.

11.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,1 см3; лев. д. V =4,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая в целом однородня . В левой доле в с/3 гидрофильный узел, 0,58\*0,38. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли

Лечение: генсулин Н, детралекс, вальсакор, мильгамма, армадин, эспа-липон, канефрон.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, на фоне коррекции доз гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130-140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 16-18 ед п/уж – 6-8 ед.,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии после нормализации ан.мочи.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: вальсакор 80 мг утром, утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.-1 мес, детралекс 500 мг 2 т утром-1 мес (курсами), армадин лонг 300 1 т утром-1 мес.
9. УЗИ щит. железы , ТТГ 1р. в год. Диета, богатая йодом.
10. Канефрон 2 др 3р/д-1 мес, дообследование и лечение у уролога, контроль ан.по Нечипоренко, СОЭ в динамике, УЗИ МВС 1- р/год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.