#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1193

##### Ф.И.О: Гришина Лидия Владимировна

Год рождения: 1950

Место жительства: г. Запорожье ул. Запорожская 5-98

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 13.09.18 по  26.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Спаечная болезнь брюшной полости.

Жалобы при поступлении на «ползание мурашек» в стопах и голенях, судороги в н/к, эпизодически гипогликемические состояния в ранние утренние часы при несоблюдении режима введения инсулина, ухудшение памяти, увеличение веса на 3 кг за 3 года, Повышение АД до 170/90 мм рт ст, перебои в работе сердца, боли в левом л/запястном суставе после полученной травмы 08.09.18 (наложена гипсовая повязка). Ухудшение зрения, запоры.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. С начала заболевания на диетотерапии в течение 7 дет, затем принимала ССТ. В 2015 в связи со стойкой декомпенсацией была переведена на комбинированную терапию: Инсуман Комб п/з 32 – 34 ед + димарил 2 мг веч. В последующем по рекомендации эндокринолога вводила Инсуман комб п/з 26 ед, п/у 10 ед. Комы отрицает Гликемия –9-11,0 ммоль/л. НвАIс -8,6 % от 01.08.19 . Последнее стац. лечение в 2015г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг веч + 5-10 мг утром. магникор 75 мг веч, с детства спаечная болезнь брюшной полости.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.09 | 140 | 4,2 | 4,4 | 17 | |  | | 2 | 1 | 60 | 32 | | 5 | | |
| 26.09 |  |  |  | 21 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.09 | 68 | 6,48 | 1,83 | 1,24 | 4,38 | | 4,2 | 7,4 | 81 | 12,3 | 3,0 | 4,5 | | 0,39 | 0,56 |

14.09.18 К – 5,1 ; Nа –137 Са++ - 1,13С1 - 95 ммоль/л

### 14.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 4-5-6 в п/зр белок – отр ацетон –следы; эпит. пл. ум- ; эпит. перех. уретр – 1-2- в п/зр слизь +, бактерии +

С 14.09.8 ацетон – отр

18.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500эритр -500 белок – отр

17.09.18 Суточная глюкозурия- отр; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.18 Микроальбуминурия – 11,1мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.09 | 13,8 | 14,7 | 9,5 | 7,9 |  |
| 15.09 2.ю00-5,6 | 9,3 | 13,8 | 11,3 | 5,2 |  |
| 17.09 | 9,9 | 10,8 | 9,6 | 17,2 |  |
| 18.09 |  |  |  | 10,7 | 12,3 |
| 19.09 2.00-6,8 | 11,8 | 12,5 | 9,6 | 16,4 |  |
| 20.09 | 10,6 |  |  |  |  |
| 21.09 | 11,7 | 12,8 | 10,7 | 14,8 |  |
| 23.09 | 9,4 | 13,5 | 13,1 | 12,5 |  |
| 24.09 |  | 11,3 | 7,8 | 9,3 | 8,7 |
| 25.09 | 6,4 | 10,8 |  |  |  |

14.09.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс 1 ст. В макуле депигментация. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

13.09.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо.

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

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Спаечная болезнь брюшной полости.

17.09.18РВГ: 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 сохранена

13.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,3 см3; лев. д. V = 3,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман комб, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, эспалипон, армадин, милдрокор, щелочноепитье, атоксил, вазилип, физиолчение .

Состояние больного при выписке: на фоне проведённой коррекции инсулинотерапии улучшились показатели гликемии, гипогликемические состояния не отмечаются, ацетон мочи – отр с 14.09.18 общее состояние улучшилось, несколько уменьшились парестезии в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» согласна на софинансирование, выданы шприц ручки All Star 2 шт

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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з- 9-11ед., п/уж -0-2 ед., Инсуман Базал п/з 22-24 ед, п/у 4-6 ед,
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет)20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: лизиноприл 10 мг 2р/д, лоспирин 75 мг веч.. Контр. АД.
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 3р/д 1 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.