#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1208

##### Ф.И.О: Сенгурина Нина Алексеевна

Год рождения: 1966

Место жительства: Новониколаевский р-н, с. Терноватое, ул. Украинская 9

Место работы: н.р

Находился на лечении с 17.09.18 по  27.09.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Ожирение II ст. (ИМТ 39 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия I, церебрастенический с-м, Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП.. С 2006 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Инсулар Актив п/з- 32ед., п/о- 32ед., п/у- 16ед., Инсулар Стабил 22.00 – 32 ед. Гликемия –10,0-18,0 ммоль/л. НвАIс – 10,0 % от 14.08.18. Последнее стац. лечение в 2016г. отмечается непереносимость препаратов метформинового ряда. 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 | | |
| 18.09 | 128 | 3,8 | 4,9 | 27 | |  | | 2 | 0 | 51 | 44 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.09 | 105 | 4,77 | 2,98 | 1,31 | 2,09 | | 2,6 | 5,4 | 76 | 11,9 | 3,0 | 3,3 | | 0,48 | 1,1 |

18.09.18 Глик. гемоглобин -11,2 %

18.09.18 Анализ крови на RW- отр

21.09.18 ТТГ –1,5 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –72, (0-30) МЕ/мл

18.09.18 К –4,73 ; Nа – 142 Са++ - 1,13С1 102- ммоль/л

### 20.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

19.09.18 Суточная глюкозурия – 4,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 19.09.18 Микроальбуминурия –149,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.09 | 12,2 | 15,8 | 14,5 | 7,4 |
| 21.09 | 12,6 | 12,4 | 11,2 | 11,8 |
| 23.09 | 11,7 | 14,2 | 10,7 | 12,2 |
| 25.09 | 12,2 | 9,0 | 9,0 | 8,2 |
| 27.09 | 7,4 |  |  |  |

09.2016 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м,

25.09.18 Окулист:.Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс 1-II, микроаневризмы. Сливные друзы. Д-з: . Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.09.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ.

09.2017 кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

25.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

20.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

19.09.18РВГ: 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 в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

17.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,3 см3; лев. д. V = 6,7 см3

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

Лечение: Инсулар Стабил, Инсулар Актив, эналаприл, диалипон, витаксон, нуклео ЦМФ,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

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: Инсулар Актив п/з- 18ед., п/уж -10-12 ед., Инсулар Стабил п/з 38-40 ед, п/у 34 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Эссенциалле 2т 3р/д 1 мес. контроль печеночных проб, АСТ, АЛТ в динамике. определить маркеры вирусного гепатита В и С, УЗИ ОБП. Конс гастроэнтеролога по м/ж.
10. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.
11. Конс невропатолога ,кардиолога по м/ж.
12. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.