#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1212

##### Ф.И.О: Шмалун Елена Владимировна

Год рождения: 1964

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Малекатериновка ул. Прибережная 23

Место работы: НВК « Мрия» тех. работник

Находилась на лечении с 18.09.18 по  27.09.18 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 I ст. Диабетическая нефропатия III ст. ЖКБ калькулезный холецистит вне обострения. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Возрастная макулодистрофия (сухая форма) ОИ.

Жалобы при поступлении на выраженные боли в н/к ночью и при ходьбе, парестезии, в стопах, снижение чувствительности в н/к, судороги в икроножных мышцах. онемение пальцев рук и ног, усилившиеся в течении последних 2х мес. периодически сухость во рту, нечеткость зрения, повышение АД макс. до 135/80 мм рт.ст., тяжесть в правом подреберье

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. при проф осмотре. С начала заболевания принимает ССП (диаформин 850 1т 2р/д.). С 2012 в связи с декомпенсацией СД у условиях ЗОПТКД была переведена на инсулинотерапию. С 2017 Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р 2р/сут + метамин 1000 2р/д., однако в последующем эндокринологом по м/ж был отменен метформин, дозы инсулина были увеличены. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 14ед., п/у- 8ед., Хумодар Б100Р п/з 12 ед, п/у 10 ед. Гликемия –9,0-12,0 ммоль/л. последнее стац лечение 2017. Госпитализирована в обл. энд. диспансер в связи с прогрессированием осложнений СД, а также для коррекции инсулинотерапии,

Ананмнеж жизни: 2012 тbc н/доли левого легкого. В анамнезе ЖКБ

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.09 | 172 | 5,2 | 9,7 | 7 | |  | | 1 | 1 | 67 | 29 | | 2 | | |
| 25.09 |  |  | 6,3 | 13 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.09 | 110,7 | 5,5 | 1,22 | 1,58 | 3,36 | | 2,4 | 3,3 | 60 | 10,6 | 2,8 | 1,7 | | 0,18 | 0,12 |

30.09.18 Глик. гемоглобин -10,0 %

19.09.18 К – 4,67 ; Nа –140 Са++ -1,09 С1 - 104,3 ммоль/л

### 19.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

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

20.09.18 Суточная глюкозурия – 3,8 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.18 Микроальбуминурия –34,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.09 | 10,9 | 11,5 | 10,0 | 9,4 | 4,0 |
| 23.09 | 10,0 | 7,0 | 9,4 | 9,4 | 8,5 |
| 25.09 | 6,0 |  |  |  |  |
| 26.09 | 4,7 | 5,2 | 8,2 | 3,6 |  |

27.09.18 Окулист: VIS OD= 0,9-1,0 OS= 0,9-1,0 ; Факосклероз. Гл. дно: ДЗН Вены широкие, полнкровне , извиты, артерии умеренно сужены, извиты, не выраженный ангиосклероз. Салюс I ст . В макулярной области ед.друзы. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ВМД (сухая фома) ОИ.

18.09.18ЭКГ: ЧСС - 60уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый.. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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

19.09.18РВГ: 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

19.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,6 см3; лев. д. V = 5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, тиолипон турбо ,кокарнит, мефармил, физиолечение.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, несколько уменьшились боли в н/к. гликемия в пределах субкомпенсированых значений. Снижение гликемии 26.09.18 после ужина клинически не ощущала, связывает с недостаточным приемом пищи.

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: Хумодар Р100Р п/з- 14ед.,., п/уж 6-8 ед., Хумодар Б100Р п/з 10 ед, п/у – 16 ед

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. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг веч . Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.,. 1 мес. неогабин 75 мг 1т 2р/д 1 мес
6. Б/л серия. АДЛ № 177739 с 18.09.18 по 27.09.18 к труду 28.09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.