#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1022

##### Ф.И.О: Куриленко Анна Андреевна

Год рождения: 1942

Место жительства: Г-Польский р-н, г. Гуляй поле ул .Степная 53

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 03.08.18 по  13.08.18 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 (NSS 6, NDS 5). ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Осложненная катаракта, деструкция стекловидного тела ОД. Осложнённая катаракта OS. Ангиопатия сетчатки ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 33,6 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения II ф .кл. СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст, смешанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), церебрастенический с-м.

Жалобы при поступлении на выраженную слабость, гипогликемические состояния рано утром и после ужина, учащенный ночной диурез, значительное ухудшение зрения, выраженные пекущие боли в стопах, судорроги в руках и ногах, прибавка в весе на 2-3кг за 2 года ,повышение АД до 180/100 мм рт ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, периодически чувство нехватки воздуха, одышка при ходьбе, отеки н/к к вечеру, периодически пекущие боли за грудиной.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. с начала заболевания принимала ССП ( манинил, глимакс). В 2016 в связи с неэфективностью ССТ была переведена на ИТ: Хумодар К 25 100Р п/з 18- 20 ед, метформин 500 мг 1т 2р/д. В последующем по м/ж было рекомендовано введение Хумодар К 25 100Р п/з 12 ед, п/у 8 ед. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-12 ед.,., п/у-8 ед. метамин 500 мг 1т 2р\д. НвАIс – 8,2 % от04.2018. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10-20 мг 2т/д, кардиомагнил 75 мг веч . 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 | | |
| 06.08 | 144 | 4,3 | 6,1 | 5 | |  | | 1 | 1 | 72 | 24 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 06.08 | 59,5 | 5,24 | 1,19 | 1,58 | 3,11 | | 2,3 | 6,4 | 86 | 13,4 | 3,0 | 0,84 | | 0,38 | 0,68 |

08.08.18 Глик. гемоглобин – 7,6%

07.08.18 К – 4,8 ; Nа – 134,6 Са++ - 1,19С1 - 107 ммоль/л

### 07.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед уретр 2-4 в п/зр, слизь +

08.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр - белок – отр

09.08.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 09.08.18 Микроальбуминурия –43,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.08 | 9,5 | 8,0 | 9,8 | 9,2 | 7,0 |
| 06.08 | 5,9 | 10,4 | 9,3 | 11,1 |  |
| 11.08 | 5,9 | 9,5 | 5,0 | 6,3 |  |

07.08.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 5). ДЭП II ст, смешанного генеза, церебрастенический с-м. Рек: неогабин 75 мг 2р/д, нуклео ЦМФ 1т 3р/д , актовегин 10, в/в, а-липоевая кислота 600 мг в/в МРТ головного мозга 1,5 теслы, наблюдение невролога по м/ж

03.08.18 Окулист: VIS OD – артифакия, уплотнение задней капсулы, в стекловидном теле плавающие помутнения. На гл дне сосуды сужены извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II ст. OS - в хрусталике интенсивные заднекапсулярные помутнения. Д-з: Осложненная катаракта, деструкция СТ ОД, осложнённая катаракта OS. Ангиопатия сетчатки ОИ .

03.08.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ .

07.80.18Кардиолог: ИБС, Стенокардия напряжения II ф .кл. СН II А. ф. кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д , 2р/д аспирин кардио 100 мг 1р/д 100 мг 1р/д эплепрес 25 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

03.08.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

08.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

08.08.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено II ст Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. 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.

07.08.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; застоя в желчном пузыре, мелких кист правой почки, конкрементов в почках без нарушения уродинамики.

03.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,7 см3; лев. д. V = 3,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение:  Хумодар К 25 100Р, мефармил, эналаприл, асафен, диалипон, витаксон, тивомакс, неогабин, офлоксацин.

Состояние больного при выписке За время стац лечения гипогликемические состояния не выявлены, в момент ощущения пациенткой гипогликемии лабораторно глюкоза крови 9,0ммоль/л, отмечаются непроизвольные сокращения диафрагмы, ежедневные эпизоды икоты, нуждается в дообследование у невролога (МРТ голвного мозга). Гликемия в пределах субкомпенсированых значений. 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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з-12 ед., п/уж - 8ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг 1т 2р/д, эплепрес (спиронолактон)25 мг 1т натощак кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес. неогабин 75 мг 1т 2р/д, , предуктал MR 1т 2р/д, плестазол 100 мг 1т 1р\д длительно.
5. МРТ головного мозга ( 1,5 теслы ) с послед . конс невропатолога по м/ж.
6. Продолжить офлоксацин 200 мг 2р/д в течение 4 дней, канефрон 2т 3р/д 1 мес. Контроль ан мочи по Нечипоренко через 4 дня по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.