#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 935

##### Ф.И.О: Комзолова Елена Викторовна

Год рождения: 1964

Место жительства: Михайловский р-н, пгт Михайловка ул. К-Маркса 256а

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.07.18 по  23.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 44кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. СН II А ф.кл II. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 , смешанного генеза, церебрастенический с-м.  Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 11 кг за год,, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., одышку при физической нагрузке, пастозность обеих голеней стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. при обращении к гинекологу по поводу генитального зуда, при обследовании сахар крови – 7 ммоль/л. Ранее принимала диаглизид 60 мг. В 2017 вскрытие флегмоны 1 п левой стопы , назначен Фармасулин Н. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-20 ед., п/о-20ед., п/у-20 ед., 24.00 – 14 ед. Гликемия –15 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10 мг утром . 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 | | |
| 12.07 | 145 | 4,4 | 6,1 | 31 | |  | | 1 | 1 | 56 | 40 | | 2 | | |
| 17.07 | 150 | 4,5 | 7,0 | 36 | |  | | 2 | 2 | 57 | 36 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.07 | 86,6 | 5,5 | 6,2 | 0,78 | 1,87 | | 6,1 | 4,1 | 96 | 9,4 | 2,0 | 4,9 | | 0,48 | 0,67 |

12.07.18 Глик. гемоглобин -10,7 %

12.07.18 К – 4,34 ; Nа – 138 Са++ -1,15 С1 -104 ммоль/л

### 12.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

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

18.07.18 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 18.07.18 Микроальбуминурия –85,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.07 | 11,6 | 16,2 | 13,8 | 14,9 |
| 14.07 | 12,2 | 11,4 | 9,3 | 9,0 |
| 18.07 | 7,6 | 7,7 | 9,0 | 11,8 |
| 19.07 |  |  |  | 6,6 |

17.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП сочетанного генеза, церебрастенический с-м.

17.07.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, с-м Салюсс II ст, множественные сливные друзы, микроаневризмы, точечные геморрагии, в макуле переливчатость. Д-з: . Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.07.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Выраженная гипертрофия левого желудочка.

17.07.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН II А ф. кл II . Риск 4.

Рек. кардиолога: престариум 5-10 мг, трифас 5 мг, эплепрес 25 мг, карведилол 3,125 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

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

13.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено II ст с обеих сторон. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена. Затруднение венозного оттока с обеих сторон .

11.07.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,9 см3; лев. д. V = 7,5см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эплепрес, лозап, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р мефармил, пирацетам, асафен, бисопролол, торадив, диалипон, мильгамма, вазилип,

Состояние больного при выписке: За период стац лечения корригированы дозы инсулина. Переведена на однократное введение пролонгированного инсулина. Уровень гликемии не достигнут целевых значений в результате длительной декомпенсации. Уменьшились боли в н/к АД 130/80 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 < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-36-38 ед.,
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: карведилол 12,5 мг веч, эплепрес 25 мг утром. лозап 50 мг утром и вечером. Контр. АД. ЧСС
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек невропатолога: нуклео ЦМФ 1т 2р/д, нейротропин 4,0 в/в

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.