#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 751

##### Ф.И.О: Сорокина Елена Сергеевна

Год рождения: 1986

Место жительства: Михайловский р-н, с. Тракторное ул. Тополина, 12

Место работы: н/р

Находился на лечении с 30.05.18. по 11.06.18 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). Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст Вторичный ангиотрофоневроз н/к. . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложнённая катаракта ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диффузный зоб 1. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. СН 0. С-м вегето-сосудистой дистонии, цефалгический с-м.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст.,расстройство стула после приема форксиги, диаформина, пекущие боли в пальцах обеих стоп, икроножных мышцах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2017 в связи с декомпенсацией СД переведеан на комбинированную ССТ. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-20 ед., п/у-20 ед., метамин 850 мг 2р/д Гликемия –8-10 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД с 10 летнего возраста. Из гипотензивных принимает хипотел 80 мг, амлодипин 5мг. 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 | | |
| 31.05 | 147 | 4,4 | 4,3 | 18 | |  | | 0 | 2 | 72 | 24 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 31.05 | 126 | 6,85 | 3,9 | 2,09 | 2,97 | | 2,2 | 3,0 | 72 | 29,6 | 5,0 | 4,5 | | 0,77 | 0,94 |

01.06.18 Глик. гемоглобин – 9,1%

01.06.18 ТТГ – 3,24 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 10,0 (0-30) МЕ/мл

31.05.18 К 4,45 ; Nа –139 Са++ -1,09 С1 - 105 ммоль/л

01.06.18 Проба Реберга: креатинин крови- 82мкмоль/л; креатинин мочи-6600 мкмоль/л; КФ- 83,7мл/мин; КР- 98,8 %

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

04.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500эритр - белок – отр

01.06.18 Суточная глюкозурия – 0,94%; Суточная протеинурия – отр

##### 01.06.18 Микроальбуминурия –127,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 31.05 | 9,4 | 7,3 | 9,1 | 10,9 |
| 03.06 | 11,2 | 14,3 | 11,8 | 13,1 |
| 05.06 | 11,6 | 12,9 | 11,6 | 14,6 |
| 06.06 | 9,9 | 8,0 |  |  |
| 07.06 | 11,6 | 6,5 |  | 9,0 |
| 08.06 | 10,0 | 7,4 | 6,0 | 7,3 |
| 10.06 | 7,4 | 6,5 | 7,6 | 7,7 |

01.06.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4) СВД, цефалгический с-м. Рек: МРТ, УЗДС МАГ. Актовегин 10,0 в/в, келтикан 1т 3р/д,

07.6.18 Окулист: VIS OD= 0,3сф + 1,5=0,8 OS=0,3сф-2,0=0,8 ;.

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. вены расширены неравномерного калибра, сосуды извиты, микрогеморрагии, микроаневризмы, экссудаты. Д-з: Осложнённая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

30.05.18 ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

05.06.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН1. Риск 4. Рек. кардиолога: карведилол 12,5-25 мг. нолипрел форте 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

06.06.18ЭХО КС: Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

31.05.8Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Вторичный ангиотрофоневроз н/к Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

30.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

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

30.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,2 см3; лев. д. V = 8,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: карведилол, эналаприл ,амлодипин, каптоприл, Генсулин Н, метфогамма диаформин, индапрес, торадив, магникор, вазилип, тиолипон, армадин, тризипин, пирацетам, лозап, эналаприл, глюкофаж

Состояние больного при выписке: За период стац лечения корригированы дозы инсулина, однако, уровень гликемии натощак не соответствует целевым значениям. На фоне приема глюкофажа отмечает улучшение- отсутствуют диспепсические расстройства. 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 < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-30 ед.,., п/уж -30 ед.,

глюкофаж (сиофор) 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. Гипотензивная терапия: карведилол 12,5 мг утром, эналаприл 20 мг 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. йодомарин 200 мкг /сут 6 мес.
6. Учитывая, что у пациентки множественные хронические осложнения СД, а также плохо переносит препараты метформина ( диаформин, мефармил) рекомендовано принимать глюкофаж, сиофор (не закупаются за бюджетные средства). По социальным показаниям рекомендовано направить на ВКК по м/ж, для определения степени утраты трудоспособности.

Леч. врач Костина Т.К.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.