#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 652

##### Ф.И.О: Шемета Валентина Васильевна

Год рождения: 1949

Место жительства: г. Энергодар 21-24

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 10.05.18. по 21.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ДЭП II смешанного генеза, церебрастенический с-м., когнитивное снижение. Ожирение Ш ст. (ИМТ 45кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III 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 200/100 мм рт.ст., одышку при физ нагрузке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (манинил). С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 30ед., п/у- 20ед., сиофор 1000 мг 2р/д Гликемия –7,5-9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. ТИА в 09.2017, со слов больной на фоне высоких цифр АД. Проходила лечение в неврологич. отд по м/ж Повышение АД в течение многих лет. В настоящее время принимает эналаприл 20 мг 1р/д. 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 | | |
| 11.05 | 122 | 3,7 | 4,9 | 20 | |  | | 1 | 1 | 58 | 38 | | 2 | | |
| 16.05 | 123 | 3,7 | 4,5 | 25 | |  | | 3 | 1 | 70 | 23 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.05 | 55,3 | 4,47 | 2,03 | 0,99 | 2,54 | | 3,5 | 11,3 | 116 | 11,2 | 1,22 | 1,39 | | 0,32 | 0,22 |
| 17.05 | 60 |  |  |  |  | |  | 8,1 | 106 |  |  |  | |  |  |

11.05.18 Глик. гемоглобин -7,5 %

11.05.18 общий белок 65,8

18.05.18ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 91,0 (0-30) МЕ/мл

11.05.18 К – 4,99 ; Nа – 142 Са++ -1,09 С1 - 106 ммоль/л

### 11.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –4-5 в п/зр белок – 0,028 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

15.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -17500 эритр - белок – отр

21.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок –

14.05.18 Суточная глюкозурия отр; Суточная протеинурия – отр

##### 15.05.18 Микроальбуминурия –125,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.05 | 7,,1 | 10,3 | 7,3 | 8,6 |  |
| 12.05 | 5,8 | 5,9 | 6,7 | 6,6 |  |
| 14.05 | 5,4 | 9,0 | 9,1 | 8,4 |  |
| 18.05 | 4,2 | 9,3 | 6,7 | 8,0 |  |
| 19.05 | 5,0 |  |  |  |  |

10.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6). ДЭП II смешанного генеза, церебрастенический с-м., когнитивное снижение.

17.05.18Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: артерии сужены вены полнокровны, сосуды извиты, склерозированы, с-м Салюс 1- II Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

17,05.18ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

10.5.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН II А. ф. кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

21.05.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

10.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,6 см3; лев. д. V =5,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, ципрофлоксацин, тиолипон, левофлоксацин, эплепрес, торадив, предуктал MR, бисопролол, эналаприл, актовегин, витаксон, нуклео ЦМФ, диаформин

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-28 ед., п/уж -18 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500мг - 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: дообследование ЭХОКС, эплепрес 50 мг 1р/д, трифас 10 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, бисопролол 5-10 мг 1р/д, эналаприл 5-10 мг 1р/д
5. 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.
6. Рек. невропатолога: МРТ головного мозга в плановом порядке, УЗД МАГ. Сермион 30 мг 1р/д 1 мес. неогабин 75 мг 2р/д
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес..
8. Левофлоксацин 250 мг 2р/д до 10 дней ( принимает с 16.05.18) Контроль ан. мочи по Нечипоренко, осмотр семейного врача по м/ж, при показаниях конс. нефролога.
9. Контроль ОАК в динамике при показаниях. Продолжить дообследование у семейного врача по м/ж

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.