#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 680

##### Ф.И.О: Крупа Наталья Ивановна

Год рождения: 1963

Место жительства: Г-Польский р-н, с. Червоне ул. Космическая 12

Место работы: н/р инв Ш гр.

Находился на лечении с 15.05.18. по 29.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Инсулинорезистентность. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 4). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце, СН 0-I. Риск 4. ДДПП. ПОП, вертеброгенная люмбалгия, мышечно-тонический с-м.. Хронический пиелонефрит в стадии нерезко выраженного обострения. ЖКБ. Хронический холецистит вне обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в ногах, боли к коленных суставах, т/бедренных суставах, поясничном отделе позвоночника

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. ранее принимала сиофор, амарил, в 2017 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулин. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-22 ед., п/о- 16ед., п/у-16 ед.,Инсуман Базал 22.00 28 ед. сиофор 1000 мг 2р/д, (отмечается расстройство стула). НвАIс -10,46 % от 04.2017 . АТПТО – 14,1 МЕ/мл ( 2014) Повышение АД в течение 10 лет. принимает тонорма 1/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 | | |
| 16.08 | 140 | 4,2 | 5,8 | 25 | |  | | 2 | 1 | 67 | 28 | | 2 | | |
| 24.05 |  |  |  | 21 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 16.03 | 53,6 | 7,0 | 3,7 | 0,87 | 4,4 | | 7,0 | 6,9 | 111 | 27,1 | 4,6 | 3,19 | | 0,5 | 0,68 |

18.05.18; ТТГ – 1,9 (0,3-4,0) Мме/мл

16.05.18 К – 4,7 ; Nа –134 Са++ -1,13 С1 - 107 ммоль/л

25.05.18 Проба Реберга: креатинин крови- 121 мкмоль/л; ; КФ-86,1 мл/мин; КР-87,9 %

15.05.18 ацетон отр

### 16.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

18.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -7000 эритр - белок – отр

24.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – отр

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

##### 15.05.18 Микроальбуминурия – 52,1мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.05 | 14,4 | 18,6 | 17,3 | 19,4 |  |
| 18.05 | 12,8 | 19,6 | 12,5 | 14,7 |  |
| 19.05 | 12,2 | 14,7 | 13,2 | 15,6 |  |
| 20.05 |  | 11,7 | 13,5 | 11,2 |  |
| 22.05 | 8,1 | 12,1 | 9,0 | 13,6 |  |
| 23.05 | 9,3 | 12,8 | 12,0 | 13,8 |  |
| 24.05 | 8,5 | 10,4 | 9,4 | 9,0 |  |
| 25.05 | 9,5 | 10,8 | 11,7 | 8,4 |  |
| 29.05 | 8,4 | 9,8 |  |  |  |

21.05.18Невропатолог: ДДПП ПОП ,вертеброгенная люмбоишиалгия, мышечно-тонический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 5). Рек: мидокалм 1,0 № 5 мовалис 1,5 в/м № 5 , нейрокабал 1т 3р/д 1 мес, неогабин 75 мг 2р/д 1 мес, МРТ в плановом порядке

17.05.18Окулист: VIS OD=0,7-0,8 OS=0,8 .

Начальные уплотнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: вены расширены полнокровны, сосуды извиты расширены, с-м Салюс 1, Твердые экссудаты, друзы Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

22.05.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН 0-I. Риск 4.

Рек. кардиолога: бипрестариум 5/5. Контроль АД.

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

16.05.18РВГ: нарушение кровообращения справа Ш ст, слева 1 ст

15.05.18УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,5 см3; лев. д. V = 6,2 см3

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

Лечение: глюкофаж, Инсуман Рапид, Инсуман Базал, ципрофлоксацин, флуконазол, мовалис, мидокалм, тридуктан, индапрес, лозап, магникор, вазилип,

Состояние больного при выписке: за период стац лечения переведена на двукратное введение Инсуман Базал. + глюкофаж, добавлен 3й ССП – форксига. Уровень гликемии не достигнут целевых значений АД 110/80 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: Инсуман Базал п/з- 52-56ед., п/уж -48-50 ед.

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500мг - 1т 2р/д

форксига 10 мг утром за 30 мин до еды

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: лозап 50 мг утром , вечером. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Канефрон 2т 3р/д 1 мес. контроль ОАК, ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко.
6. Конс хирурга по поводу ЖКБ в плановом порядке.
7. Денситометрия, конс вертебролога в плановом порядке.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.