#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 510

##### Ф.И.О: Маринина Людмила Константиновна

Год рождения: 1953

Место жительства: Михайловский р-н, с. Соколовка ул. Жовтнева 2-14

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 10.04.18 по 23.04.18 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 4, NDS 4). ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетический макулярный отек OS. Гиперметропия слабой степени ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 30,8кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС: диффузный кардиосклероз, полная блокада ПНПГ. СН 0-1. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Двустороння хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, общую. слабость, увеличение веса на 2 кг за 6 мес, ухудшение зрения на OS, боли, онемение в подошвенной части стоп, снижение чувствительности в них, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст, ухудшение слуха.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. :Дибизид М, затем глимипирид 4 мг утром, диаформин 1000 2р/д. В течение последних 2х месяцев глимпирид 4 мг заменен на диаглизид МR 30 мг 1т. утром. В наст. время принимает: диаглизид МR 30 мг 1т утром, диаформин 1000 1т 2р/д Гликемия –13,9 ммоль/л. НвА1с от 15.03.18 – 8,2 %. Повышение АД в течение 2 лет. Госпитализирована для подготовки к лечению в отд МХГ ЗОКБ, коррекции ССТ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.04 | 153 | 4,7 | 5,8 | 3 | | 262 | | 1 | 0 | 66 | 30 | | 3 | | |
| 18.04 | 149 | 4,91 | 8,2 | 11 | | 270 | | 2 | 2 | 66 | 25 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 11.04 | 95 | 5,31 | 1,65 | 1,58 | 2,97 | | 2,4 | 6,8 | 65 | 26,0 | 4,8 | 3,3 | | 0,2 | 0,13 |
| 20.04 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 26,1 | 4,8 | 2,3 | | 0,1 | 0,46 |

11.04.18 К – 5,04 ; Nа – 136,4 Са++ -1,17 С1 – 107 ммоль/л

12.04.18 Проба Реберга: креатинин крови-63 мкмоль/л; креатинин мочи- 5720 мкмоль/л; КФ- 83,3мл/мин; КР- 98,8 %

### 11.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. – ед в п/зр

12.04.18 Суточная глюкозурия – 1,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 12.04.18 Микроальбуминурия –54,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.04 | 12,6 | 11,4 | 7,0 | 7,6 |
| 13.04 | 10,0 | 11,2 | 7,2 | 8,1 |
| 15.04 | 8,1 | 10,5 | 11,9 | 8,6 |
| 17.04 | 5,6 | 9,0 | 9,4 | 8,6 |
| 20.04 | 6,1 |  |  |  |
| 22.04 |  | 5,9 | 8,5 | 11,3 |
| 23.04 | 5,3 |  |  |  |

12.04.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Рек: нуклео ЦМФ 2, 0в/м, актовегин 10,0 в/в, а-липоевая кислота 600 мг/сут.

26.03.18Окулист: VIS OD=0,6сф + 1,0=0,8-0,9 OS=0,3сф + 1,0 =0,4 ; Факосклероз.

Гл. дно: Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области ренфлекс сглажен, слева пастозность. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ. Диабетический макулярный отек OS. Рек: интравитреальное введение айлии на OS (по схеме). Не показана сосудистая терапия (ангиопротекторы, вазоактивные препараты, антиоксиданты, ноотропы).

13.04.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Блокада ПНПГ

13.04.18 ЛОР: Двустороння хроническая сенсоневральная тугоухость 1 ст Рек: ежегодный аудиометрический контроль, наблюдение врача по м /ж.

12.04.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз полная блокада ПНПГ СН 0-1 САГ 2 ст Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг 2р/д, 1000. Предуктал MR 1 2р/д ЭХОКС ,суточное мониторирование ЭКГ.

12.04.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

12.04.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

11.04.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 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.

Лечение: диаформин, Диабетон MR, эналаприл, Генсулин Н,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, сухость во рту не беспокоит, гликемия в пределах целевого уровня, сохрраняются боли и онемение в н/к, снижение зрения на OS. .АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/уж 12-14- ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 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 5 мг веч лоспирин 75 мг 1т веч , контроль АД
4. Соблюдении рекомендаций невролога, ангиохирурга в плановом порядке после регресса диабетического макулярного отека
5. Соблюдение рекомендаций кардиолога ( см. выше).
6. УЗИ ОБП в плановом порядке. Контроль печеночных проб в динамике по наблюдением семейного врача.
7. Соблюдение рекомендаций кардиолога, окулиста, ЛОР-врача (см.выше)

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.