#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1462

##### Ф.И.О: Каниболоцкая Любовь Николаевна

Год рождения: 1949

Место жительства: г. Энергодар ул. Строителей 38-100

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 02.11.18 по  10.11.18 в диаб. отд. (ОИТ 02.11.18-05.11.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 33,7 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, постинфарктный (без даты) кардиосклероз. СН I. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Риск 4. Хр.пиелонефрит, латентное течение, в ст.обострения. ЖКБ, хр.калькулезный холецистит вне обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2-5 кг за год, ухудшение зрения, снижение чувствительности в н/к, слабость в мышцах ног, повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки н/к, выраженную общую слабость, сонливость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: олтар 6 мг утром, сиофор 1000 мг 2р/д. Во время пребывания в санатории «Великий Луг» выявлена гипергликемия 19,5 ммоль/л , ацетон в моче -3,5 ммоль/л , была направлена в ЗОЭД, ургентно госпитализирована в ОИТ.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 7лет. Из гипотензивных принимает тонорма 1т утром. В анмнезе ЖКБ много лет.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 03.11 | 123 | 3,7 | 4,0 | 12 | |  | | 1 | 1 | 50 | 38 | | 10 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 03.11 | 59 |  |  |  |  | |  | 5,4 | 97 | 15,3 | 3,8 | 6,7 | | 0,43 | 0,55 |
| 05.11 |  | 8,6 | 3,9 | 1,0 | 5,8 | | 7,6 |  |  |  |  |  | |  |  |

06.11.18 Глик.гемоглобин - 12,9%

06.11.18 ТТГ- (0,3-4,0) Ме/мл

03.11.18 К – 3,73 ; Nа –134,9 Са++ - 1,07С1 - 101 ммоль/л

03.11.18 АЧТЧ – 42,1 МНО – 0,91 ПТИ – 109,7 фибр – 2,9

### 03.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –7-8 в п/зр белок – 0,041 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр, бактерии-все п/з

04.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -10500 эритр -500 белок – 0,03г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.11 |  |  | 17,5 | 15,8 |  |
| 03.11 | 16,3 | 15,0 | 9,9 | 12,6 | 12,1 |
| 04.11 | 14,6 | 11,9 | 13,9 | 10,1 |  |
| 05.11 | 14,8 | 14,4 |  |  | 9,0 |
| 06.11 | 10,3 | 16,0 |  | 14,2 |  |
| 08.11 |  | 12,4 | 9,3 | 6,2 |  |
| 09.11 | 8,8 | 10,9 |  |  |  |

05.11.18 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды узкие, извиты, выраженный ангиослкероз, вены полнокровны, с-м Салюс 1- II ст. В макуле без особенностей Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

05.11.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Рубец перегородочной области. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

08.11.18 Кардиолог: ИБС, постинфарктный (без даты) кардиосклероз. СН I. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4. Р-но: ЭХО-КС, индапен SR 1т утром, предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 1 т, эналаприл 2,5-5 мг, контр АД.

09.11.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ЖКБ.Хр.калькулезный холецистит вне обострения. Р-но: наблюдение невролога, ангиохирурга, ЛХЭ по жизненным показаниям.

01.11.18 УЗИ щитовидной железы: V пр.д-3,91 см3, V л.д-3,87 см3, перешеек 0,34 см. Закл. Эхопризнаков патологии не выявлено.

Лечение: Хумодар Р, Хумодар Б, Хумодар К25, сиофор, тонорма, корвазан, фенигидин, нейрорубин, тиотриазолин, сода, трифас, каптоприл, гепарин, фенигидин, клофелин, левофлоксацин, глюкоза 5%, диалипон, витаксон.

Состояние больного при выписке: В связи с декомпенсацией СД пациентка переведена на комбинированную терапию, явления кетоацидоза купированы, 0бщее состояние улучшилось, уменьшилась сухость во рту, общ.слабость, гликемия в пределах субкомпенсированных значений. АД 140/80 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: Хумодар К25 п/з 18-20 ед., п/уж-10-12 ед.
5. ССТ: метформин (диаформин, метформин-индар, метамин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии/протеинурии после нормализации ан.мочи для уточнения степени диабетической нефропатии
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 20 мг 1т 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, амлодипин 10 мг вечером, бисопролол 5 мг утром, лоспирин 75 1 т. вечер. Контр. АД. ЧСС
9. Диалипон 600 мг утром 2-3 мес., келтикан 1 к 3р/д-1 мес, витаксон 1т 3р/д-1 мес
10. Левофлоксацин 500 мг 1 т 1р/д, флуконазол 50 мг 1 т утром- до 10 дней, затем контроль ан мочи по Нечипоренко по м/ж.
11. УЗИ ОБП и МВС 1-2 р/год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.