#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1428

##### Ф.И.О: Тимошенко Людмила Валентиновна

Год рождения: 1947

Место жительства: Токмакский р-н,, г. Токмак ул. Пролетарская 14-88

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 30.10.18 по  09.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз. Метаболическая кардиомиопатия СНI. Симптоматическая артериальная гипертензия Ш ст

##### Жалобы при поступлении на общую слабость, сухость кожи, снижение веса на 6 кг за 9 мес, учащенный ночной диурез, судороги в икроножных мышцах, боли в правой н/к по задней поверхности бедра, повышение АД макс. до 180/110 мм рт.ст. в течение последних 4 мес без приема гипотензивных от 90/60 до 140/80, периодически запоры.

Краткий анамнез: СД выявлен в 03.2018 г. при обследовании по м/ж – была выявлена гипергликемия 20,0 ммоль/л, ацетон мочи 2+. Была госпитализирована в т/о Токмакской ЦРБ (ОИТ). Получала инсулин короткого действия, затем диаформин 500 2р/д, диаглизид 60 мг утром. В последующем 06.2018 диаформин был увеличен до 2000 мг/сут. с 09.2018 диаглизид 90 мг/сут. В наст. время принимает: диаглизид 90 мг утром, глюкофаж 1000 мг 1т 2р/д НвАIс – 10,1 % от 10.10.18. гликемия 16,6 ммоль/л.. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 2 лет. Ранее принимала леркамен. 2016 удаление мениска пр. коленного сустава. 2008- операция по поводу хр. геморроя.

Аллрегологчиеский анамнез: пиницилиновый ряд а/б, диклофенак, кашель на берлиприл.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 31.10 | 140 | 4,62 | 4,1 | 15 | |  | | 2 | 0 | 57 | 37 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 31.10 | 73,7 | 3,68 | 1,49 | 1,24 | 1,75 | | 1,9 | 5,2 | 70 | 11,3 | 2,6 | 1,9 | | 0,1 | 0,23 |

31.10.18 К – 5,1 ; Nа – 132 Са++ - 1,08С1 - 100 ммоль/л

### 31.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед эпит. перех. - в п/зр

01.10.18 Суточная глюкозурия 1,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.10.18 Микроальбуминурия –48,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 31.10 | 14,8 | 12,5 | 15,3 | 13,4 |
| 03.11 | 9,8 | 14,1 | 15,4 | 14,5 |
| 05.11 | 8,6 |  |  |  |
| 06.11 | 7,9 | 8,5 | 8,6 | 7,9 |
| 08.11 | 8,6 | 11,5 | 9,1 | 10,7 |
| 09.11 | 4,7 |  |  |  |

08.11.18 Окулист: VIS OD= 0,6 OS=0,5

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 ,сосуды сужены, очень извиты, склерозированы, с-м Салюс II ст. В макуле без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

30.10.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

05.11.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. Метаболическая кардиомиопатия СНI. САГ Шст. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 1р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д эналаприл 5 мг 2р/д, при недостаточном снижение АД анаприлин 5-10 мг. дообследование ЭХОКС, суточный мониторннг ЭКГ + АД. УЗД БЦА.

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

02.11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы справа ,слева – снижено 1 ст. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. 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.

10.04.18 УЗИ щит. железы: Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков интра и параорганных патологических включений правой, левой долей щит железы и перешейка в настоящий момент не визуализируются

Лечение: диаглизид, глюкофаж, фенигидин, леркамен, асафен, Фармасулин НNP, физиолечение

Состояние больного при выписке: В связи с декомпенсацией пациентка переведена на комбинированную терапию., гликемия в пределах субкомпенсированых значений, уменьшилась общая слабость, АД 130/80-150/80 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: Фармасулин НNP п/з- 10-12ед., п/уж -20-22 ед.

ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гипотензивная терапия: леркамен 10 мг утром, аспирин кардио 100 мг 1р/д контроль АД, ЧСС, ЭКГ
3. ЭХОКС, суточный мониторннг ЭКГ + АД. УЗД БЦА. С послед. конс кардиолога.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут 1 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.