#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1486

##### Ф.И.О: Головчанская Марина Юрьевна

Год рождения: 1962

Место жительства: Ореховский р-н, с. Таврийское ул. Гагарина 57

Место работы: КУ «ОБСМП» ЗОС

Находилась на лечении с 08.11.18 по  15.11.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щитовидной железы, эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II ст, 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН 0-I. Артрит голеностопных суставов Ro1 НФС 1 ст. Гиперурикемия. Плоскостопие.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, учащенный ночной диурез, жжение и покалывание в стопах, снижение веса на 10 кг за 6 мес, повышение АД до 200/100 мм ртс т, боли в поясничной области, периодически отечность на левой стопе и голени.

Краткий анамнез: СД выявлен в 08.2018г. во время пребывания в кожвендиспансре по поводу склеродермии, однако в течение последних 5 лет отмечалось повышение глюкозы крови натощак до 6,0 – 6,2-7,2 ммоль/л. С августа принимала Диабетон MR 90 мг утром, затем метформин. В течение месяца принимает глибенкламид 1т 2р/д. Гликемия 9,0-10,0 ммоль/л. НвАIс – 9,3 % от 25.10.18. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ

Анамнез жизини: Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 5 мг веч, липрил 5 мг утром. АИТ с 08.2018 АТТПО – 272,9 ( 0-34) ТТГ – 0,852 (0,3-4,0) Мме/мл; лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 09.11 | 134 | 4,0 | 7,8 | 56 | |  | | 2 | 2 | 63 | 29 | | 4 | | |
| 14.11 |  |  |  | 42 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 09.11 | 81 | 5,08 | 1,87 | 1,15 | 3,07 | | 3,4 | 5,0 | 72 | 12,4 | 3,0 | 7,2 | | 0,29 | 0,2 |

09.11.18 К – 5,1 ; Nа –136 Са++ -1,19 С1 -101 ммоль/л

### 112.11.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

13.11.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

13.11.18 Суточная глюкозурия – отр Суточная протеинурия – отр

##### 13.11.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.11 | 9,3 | 12,5 | 13,9 | 13,1 |
| 12.11 | 6,4 | 10,6 | 9,0 | 9,6 |
| 14.11 | 6,8 | 13,1 | 7,7 | 9,4 |
| 15.11 |  | 6,1 |  |  |

08.11.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ.

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

11.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

15.11.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II ст, 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН 0-I. Р-но: повторить ЭКГ, ЭХО-КС, предоставить архив ЭКГ. Амлодипин 5-10 мг , эналаприл 5-10 мг 2р/день, контр.АД.

12.11.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.11.18 Ревматолог: Артрит г/стопных суставов Ro1 НФС 1 ст. Гиперурикемия. Плоскостопие. Рек: Стол№6, олфен 2,0 в/м 1р/д 5 дней, ранселекс 200 мг 1р/д 10 дней, реструкта 2,0 в/м через день № 6, эзолонг 20 на ночь 3 нед, рекомендации дерматолога. Контроль мочевой кислоты, СРБ, ОАК через 4 нед, наблюдение семейного врача

13.11.18 Дерматолог: Очаговая склеродермия? Рек: бисопсия кожи. Ex juvantibus: дермовейт крем 2р/д, L-цет 1т 1р/сут 10 дней

10.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0см3; лев. д. V =6,6 см3

Перешеек – 0,56см. Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с множественными гидрофильными очагами до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаглизид, мефармил, липрил, амлодипин, индапрес, асафен, пентоксифилин, тиоктацид, неогабин.

Состояние больного при выписке: Подобрана ССТ, гликемия в пределах Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, дерматолога, ревматолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг 1,5 таб утром до еды за 30 мин.

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 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: пентоксифиллин 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: ЭХО-КС, контроль ЭКГ
5. Гипотензивная терапия: липрил 5 мг утром+ амлодипин 5 мг утром (или комбиприл5/5, экватор), индапрес (индап) 2,5 мг утром, лоспирин 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., неогабин 75 1 т 2р/д.
7. Союлюдение рекомендаций дерматолога, ревматолога (см.выше)
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
9. Б/л серия. АДЛ № 177854 с 08.11.18 по 15.11.18 к труду 16.11.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.