#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1126

##### Ф.И.О: Раевская Валентна Владимировна

Год рождения: 1954

Место жительства: Запорожский р-н, с. Новоалександровка ул. Центральная 26-15

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 29.08.18 по  08.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Незрелая катаракта OS. начальная катаракта ОД. Диабетическая ангиоретиногпатия ОИ Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Узловой зоб 0-1. Мелкие узлы левой доли. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Посттравматическая нейропатия срединного и локтевого нерва с умеренным нарушением функции левой в/к.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту жажду, мочеизнурение, периодические гипогликемические состояния в различное время суток, купирует дополнительным приемом пищи, прибавила в весе 2кг за 2 года при неустойчивом аппетите, ухудшение зрения OS, боли в стопах, онемение, повышение АД макс. до 180-200/100 мм рт.ст., головные боли в затылочной области, шаткость при ходьбе, головокружение, снижение памяти, периодически давящие боли за грудиной. Приступы сердцебиений, нарушение функции левой кисти.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. при направлении на санкурлечение. Стого же времени начала прием ССТ глюкофаж, глибенкламид. Отмечает плохую переносимость препаратов группы метформина, в связи с чем в 2012 назначена инсулинотерапия: Инсуман Базал, Инсуман Рапид В 2015 переведена на Инсуман Комб. . Комы отрицает. В наст. время принимает: Инсуман Комб. п/з- 38ед., п/у- 28ед., Гликемия –8,9-12 ммоль/л. НвАIс – 8,9 % от 06.2018 . Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 1994 лет. Из гипотензивных принимает энап 1 мг, бисопролол 10 мг, кардиомагнил 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 | | |
| 30.08 | 143 | 4,3 | 4,9 | 7 | |  | | 2 | 1 | 58 | 37 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 30.08 | 59,1 | 5,28 | 2,25 | 1,25 | 2,9 | | 3,2 | 5,4 | 98 | 14,1 | 3,5 | 2,0 | | 0,13 | 0,25 |

31.08.18 Глик. гемоглобин – 8,8%

30.08.18 Анализ крови на RW- отр

30.8.18 ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –68,0 (0-30) МЕ/мл

30.08.18 К –4,83 ; Nа –146 Са++ 1,09- С1 - 100 ммоль/л

### 30.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –15-18-20 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр уретр 0-1. Лизь, бактерии

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

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

##### 06.09.18 Микроальбуминурия –281,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 30.08 | 10,9 | 13,2 | 12,8 | 11,5 |
| 03.09 | 6,8 | 8,9 | 10,9 | 11,7 |
| 06.09 | 7,5 | 10,9 | 9,7 |  |

Невропатолог:

31.08.18 Окулист: VIS OD=0,6сф + 0,75=00,9 OS= 0,2сф -0,75=0,75=0,3 ;.

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, неравномерного калибра, с-м Салюс 1 ст, множественные друзы. Д-з: незрелая кататаракта OS, начальная ОД. Диабетическая ангиоретинопатия ОИ Рек : ФЭК + ИОЛ на OS .

29.08.18 ЭКГ: ЧСС 78- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, правильный.

07.08.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск4. Рек: бисопролол 5 мг, нолипрел форте 1т. Контроль АД. ЧСС.

07.08.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

07.08.18 гинеколог: с диагностической целю рекомендовано УЗИ молочных желез, затем конс маммолога в ЗОКОД.

07.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,4 см3; лев. д. V = 4,2см3

Щит. железа не увеличена, контуры обычные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура, крупнозернистая, однородная, В правой доле у заднего контура гидрофильный узел 0,68\*0,37 см. В левой доле в н/3 такой же узел 0,6\*0,37. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: узлы обеих долей.

Лечение: Инсуман Комб, диалипон , витаксон, асафен, вазаилип, бисопролол, эналаприл, актовегин

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, но сохраняется периодически постпрандиальная гипергликемия, уменьшились боли в н/к. 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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Комб п/з-42-44 ед., п/уж – 34-44ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2р/д, индапрес (индап) 2,5 мг утром, бисопролол 5 мг 2р/д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.