#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1163

##### Ф.И.О: Хилько Валентина Ивановна

Год рождения: 1955

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Шевченко 42-26

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 06.09.18 по  17.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение Ш ст. (ИМТ 43,7кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб 0-1 ст. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН I. МКБ микролиты лево почки.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в предобеденное время до 3р/нед, периодически «мелькание мушек перед глазами», судороги в н/к,, боли в коленных суставах, повышение АД до 170/100, головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, учащенное сердцебиение, одышка при физ нагрузке, послабление стула.

Краткий анамнез: СД выявлен в 02.2017г в кетоацидотическом состоянии. Дебют заболевания связывает со стрессом. С начала заболевания на комбинированной терапии: Инсулар Актив п/з 12 ед, Инсулар Стабил п/з 22 ед, диаформин 500 мг, 2р/д. В течение последующих 2х нед эндокринологом по м/ж изменена доза Инсулар Стабил до 26 ед в связи с гипергликемией натощак, после чего возникли гипогликемические состояния в течение дня. Теченеи стабильное. Гипогликемическая кома в 07.2017 ( со слов больной), вводилась 40% глюкоза. В наст. время принимает: Инсулар Актив п/з-12 ед., Инсулар Стабил п/з 26 ед, диаформин 500 мг утром + 1000 мг веч. Гликемия –10,4-12,9 ммоль/л. НвАIс -8,2 % от19.07.18. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: гепатит А – 1979. В 2003 – лапароскопчиеская холецистэктомия (ЖКБ). Повышение АД около 20 лет, принимает эналаприл 10 мг 2р/д, с 2017 МКБ, микролит левой почки. 1997-экстирпация матки с правыми придатками.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 07.09 | 131 | 3,9 | 5,0 | 31 | |  | | 1 | 2 | 74 | 21 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 07.09 | 60 | 4,36 | 1,29 | 1,70 | 2,06 | | 1,5 | 2,5 | 87 | 12,4 | 3,0 | 2,5 | | 0,24 | 0,29 |

11.09.18 ТТГ – 3,22 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –89,2 (0-30) МЕ/мл

11.09.18 С-реактивный белок - отр

07.09.18 К – 4,05 ; Nа – 135 Са++ -1,19 С1 -105 ммоль/л

10.09.18 Проба Реберга: креатинин крови-83 мкмоль/л; креатинин мочи-3900 м-кмоль/л; КФ- 81,3мл/мин; КР-97,9 %

### 07.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –7-8-9 местаим до 13 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

11.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

10.09.18 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – отр

##### 13.09.18 Микроальбуминурия –47,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 07.09 | 14,4 | 13,6 | 6,5 | 5,8 |
| 08.09 | 8,5 |  |  |  |
| 09.09 | 6,5 | 9,2 | 6,0 | 8,0 |
| 11.09 |  | 2,8 |  |  |
| 12.09 | 6,2 | 7,5 | 8,8 | 14,7 |
| 13.09 |  |  |  | 7,0 |
| 15.09 | 7,0 | 6,9 | 11,2 | 9,1 |

07.09.18 Окулист: VIS OD= 0,5 OS=0,5 ; Факосклероз.

Гл. дно: ДЗН артерии узкие, вены сужены, неравномерного калибра, полнокровные. С-м Салюс II ст. ангиосклероз. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

03.09.18 ЭКГ: ЧСС - 84уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

07.09.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

11.09.18 на р- гр Коленных суставов артерии сужены, субхондральный склероз, характерно для ДОА II ст.

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

10.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II ст Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к значительно нарушена.

06.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,1 см3; лев. д. V =3,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсулар Актив, Инсулар Стабил, мефармил, вазилип, клопидогрель, эналаприл, индапрес, нормовен, тиолипон турбо, армадин, диклофенак.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, на фоне коррекции доз инсулина гипогликемические состояния перед обедом не отмечаются, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в коленных суставах, судороги в н/к не беспокоят.. 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: Инсулар Актив п/з- 10-12ед.,

Инсулар Стабил п/з 18-20 ед, п/у 6-8 ед

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 мг утром + 1000 мг веч.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: вазилип 20 мг с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 1т 2р/д. индапрес (индап) 2,5 мг утром, клопидогрель 75 мг 1т утром. Контр. АД.
4. Диалипон (альфалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нормовен 500 1т 2р/д 2 мес,
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. С-реактивный белок (количеств), контроль СОЭ, конс ревматолога в планом порядке.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.