#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1189

##### Ф.И.О: Карайдалы Валентина Анатольевна

Год рождения: 1946

Место жительства: г. Энергодар ул. В Интернационалистов 26-20

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 12.09.18 по  24.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Миопия ОИ. ИБС, стенокардия напряжения ф .к л Ш. СН II А. Гипертоническая болезнь III (лакунарные инсульты 2013 по МРТ) . Риск 4. Неревматический мягкий аортальный стеноз. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной декомпенсации

Жалобы при поступлении на сухость во рту, выраженные боли и онемение, снижение чувствительности в стопах, похолодание в них, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе давящие боли за грудиной при незначительной физ нагрузки, отеки стоп .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. однако ранее при профосмотре выявлена глюкоза крови 7,0 ммоль/л.. ССТ не получала.. С 2011 принимает ССТ (Сиофор, Диабетон MR). В наст. время принимает: диаформин 1000 мг 1т утром + 1,5 т веч, , Диабетон MR 2т утром. Гликемия –19,4-11,2-18,0 ммоль/л. НвАIс – 8,8 % от 05.09.18. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез Жизни: По МРТ (2013) лакунарные инсульты. Повышение АД с 27 лет, из меддокументации страдает ИБС, стенокардия напряжения ф .к л Ш. СН II А. Гипертоническая болезнь III (лакунарные инсульты 2013 по МРТ) . Риск 4. Неревматический мягкий аортальный стеноз. Принимает нолипрел 10/2,5 1т утром, карведилол 12,5 2р/д, кардикет 20 мг 1р/д, тромбонет 75 1т веч, нитроглицерин при болях в сердце. С 2011 гипотиреоз. Принимает L-тироксин 100 мкг/сут. ТТГ – 10,8 (0,3-4,0) от 05.09.18.

Аллергологический анамнез: поливалентная аллергия: асприн, статины, виатмины грВ, пиницилин, бицилин, эритромицин. Отеки на амлодипин.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 13.09 | 142 | 4,3 | 5,0 | 46 | |  | | 1 | 1 | 58 | 38 | | 2 | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 13.09 | 65,9 | 5,0 | 2,7 | 0,89 | 2,9 | | 4,6 | 5,0 | 79 | 11,2 | 3,0 | 3,0 | | 0,25 | 0,17 |

13.09.18 К –3,45 ; Nа –135,8 Са++ -0,99 С1 – 106,9 ммоль/л

### 13.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –19-20-22 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - мног; эпит. перех. 1-2 уретр – 3-4- в п/зр, соли оксалаты

17.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

14.09.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.18 Микроальбуминурия – 58,3мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.09 | 7,4 | 9,6 | 5,3 | 8,0 |
| 16.09 | 6,6 | 7,8 | 6,3 | 8,2 |
| 18.09 | 6,7 |  |  |  |

13.09.18 Окулист:.Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: артерии сужены ,вены уплотнены, неравномерного калибра, ангиослкреоз, с-м Салюс 1- II ст. В макуле депигментация, друзы. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Миопия, ангиопатия сетчатки ОИ

12.09.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. неполная блокада ПНПГ..

13.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

17.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено Ш ст с обеих сторон. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к правой значительной снижен, левой незначительно повышен Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

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

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,35 см. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диабетон MR, диаформин, L-тироксин, диалипон, , тромбонет, нопирел, карведилол, тридуктан, кардикет тивортин,

Состояние больного при выписке: ССТ оставлена прежняя, проведена коррекция питания, гликемия в пределах целевого уровня, уменьшились боли и онемение в н/к, АД 140/80мм 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. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг 2т утром.

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: нолипрел форте 1т утром ,карведилол 12,5 мг 2р/д, кардикет 20 мг 1т утром. тромбонет 75 1т веч. тридуктан МВ 1т 2р/д контроль АД ЧСС
3. L-тироксин 112,5 мкг утром натощак контрольТТГ через 6-8 нед с послед конс эндокринолога по м/ж (целевой уровень ТТГ 3,5-4,0) МЕ/мл УЗИ щит. железы 1р. в год.
4. Диалипон 600 мг 1т утром 2-3мес, плестазол 100 мг 1т 1р/д длительно.
5. Контроль СОЭ в динамике по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.