#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1217

##### Ф.И.О: Галдина Наталия Степановна

Год рождения: 1958

Место жительства: Вольнянский район, с. Матвеевка, ул Центральная, 188

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 19.09.18 по  28.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ишемическая оптикопатия ОД. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 39,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Варикозная болезнь н/к, ВРВ (пверхностных) II ст обеих н/к . СПО ( 2000 флебэктомия справа)

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, учащенный ночной диурез, жажду, полиурию, ухудшение зрения на OD, боли в н/к, боли в коленных суставах, повышение АД макс. до 190/100 мм рт.ст., отеки н/к больше слева.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996 г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (амарил, диаформин). В 2004 в ЗОЭД переведена на комбинированную терапию Хумодар К 25 100Рх2 р/д, Диаформин 500 мг 2 р/сут. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 48 ед., п/у- 48 ед. диформин 500 мг 2р/д Гликемия 8,9- 12 4 ммоль/л НвАIс – 11,6 % от 10.09.18. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Гб много лет, принимает диокор 160 мг утром, торсид 10 мг утром, Диффузный зоб с 1996 ТТГ о т20.04.18 – 1,79 МКБ около 8 лет. Страдает ВРВ н/к, в анамнезе флебэкомия.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 20.09 | 138 | 4,1 | 7,0 | 39 | |  | | 2 | 1 | 68 | 26 | | 3 | | |
| 26.09 |  |  |  | 39 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 114 | 6,64 | 1,99 | 1,15 | 4,57 | | 4,8 | 2,1 | 62 | 15,8 | 3,1 | 2,1 | | 0,49 | 0,58 |

20.04.18 Глик. гемоглобин – 13,31%

20.09.18 Анализ крови на RW- взят

20.04.18 ТТГ – 1,79 (0,3-4,0) Мме/мл

20.09.18 К – 4,32; Nа – 145; Са++ - 1,20; С1 - 107 ммоль/л

21.09.18 Проба Реберга: креатинин крови- 78 мкмоль/л; креатинин мочи- 8250 мкмоль/л; КФ- 126,2 мл/мин; КР- 99,4 %

### 20.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010; лейк – 12-14-16 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – умеренное к-во.

24.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 5000; белок – отр

21.09.18 Суточная глюкозурия – 1,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 21.09.18 Микроальбуминурия – 33,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.09 | 11,6 |  |  |  |
| 20.09 | 11,6 | 11,6 | 11,3 | 11,8 |
| 24.09 | 9,0 | 11,2 | 5,7 | 9,8 |
| 25.09 | 7,4 |  |  |  |
| 26.09 | 4,2 | 6,5 | 6,4 | 7,8 |

26.09.18Окулист: VIS OD=0,3 н/к; OS=0,3 sph -0.75 D=0,6;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. ОD - Гл. дно: ДЗН бледно-розовые, отечен, границы внизу размыты, внизу почти четкие. ОИ - А:V 1:2 Сосуды извиты, артерии спазмированы. Вены полнокровны, микроаневризмы, точечные геморрагии, друзы, твердые экссудаты. В макулярной области рефлекс сглажен. Д-з: Ишемическая оптикопатия ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Рек: по м/ж продолжить лечение у окулиста, дано заключение с рекомендациями.

19.09.18 ЭКГ: ЧСС – 92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Замедление АВ проводимости.

26.09.18 ЭКГ: ЧСС – 85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

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

19.09.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к, варикозная болезнь н/к Варикозная болезнь н/к, ВРВ (поверхностных) II ст обеих н/к . СПО ( 2000 флебэктомия справа. Рек: лиотон гель 2р/д 1-2 мес, лоспирин 75 мг 1т веч, детралекс 500 мг 2р/д 1-2 мес.

20.09.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий левой н/к несколько снижено – II ст. Тонус крупных артерий н/к умеренно 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 нарушена.

19.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,3 см3; лев. д. V = 12,1 см3

Перешеек – 0,98 см. Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с множественными гидрофильными очагами до 0,45 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар К 25 100Р, эспа-липон, Хумодар Б100Р, ципрофлоксацин, мефармил, диакор, торадив, детралекс, тивомакс, асафен, форксига, физиолечение

Состояние больного при выписке: В связи с избыточной массой тела пациентки, введением больших доз инсулина к терапии добавлена форксига, Хумодар К 25 100Р заменен на Хумодар Б100Р, Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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 <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-20 ед., п/уж -20 ед..

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

форксига 10 мг утром

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: диакор 160 мг 1т утром, трифас 10 мг 1т утром 1р/нед, лоспирин 75 мг 1т веч контроль АД. ЭКГ
4. ЭХОКС в планом порядке. конс кардиолога по м\ж
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., детралекс 500 мг 1т 2р/д 2-3 мес.
6. Продолжить ципрофлоксацин 500 1т 2р/д до 10 дней с послед. контролем ан. мочи по Нечипоренко через 10 -14 дней, УЗИ МВС 1-2 р\год при необходимости конс уролога.
7. Контроль СОЭ в динамике
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. диета богатая йодом.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.