#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1222

##### Ф.И.О: Осинская Галина Павловна

Год рождения: 1957

Место жительства: г. Мелитополь ул. Дружбы 226- 49

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 19 .09.18 по  01.10.18 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.. Начальная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Риск 4. СН 1. ОРВИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, выраженную слабость, сонливость, онемение судороги, снижение чувствительности в н/к, ухудшение зрения, повышение АД 170//90 (максимально 240/120) мм рт ст., одышка при ходьбе, отеки н/к

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. однако считает себя больной с 35 лет. Выявлен случайно при измерении глюкозы глюкометром . С 2008 принимала сиофор, Диабетон MR MR. В течение последнего года принимает метамин 1000 2р/д, амарил 4 мг, воксид, 0,2 мг 3р/д, В наст. время принимает: Амарил 4 мг утром ,метамин 1000 мг 2р/д, воксид 0,2 мг 3р/д. Гликемия –10,0-18,0 ммоль/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает тенорикс 1/2т нерегулярно. В анамнезе поликистоз яичников, клиновидная резекция яичников.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 20.09 | 126 | 3,8 | 7,2 | 23 | |  | | 1 | 1 | 66 | 29 | | 3 | | |
| 26.09 | 128 | 3,8 | 6,8 | 22 | |  | | 2 | 1 | 65 | 29 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 69,2 | 5,56 | 2,87 | 0,95 | 3,29 | | 4,8 | 4,1 | 90 | 10,4 | 2,4 | 5,9 | | 0,55 | 0,16 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |

26.09.18 Глик. гемоглобин -7,8 %

20.09.18 К –4,7 ; Nа –140 Са++ - 1,21С1 - 104 ммоль/л

20.09.18 ТТГ 1,58 (0,4-4,0) мкМЕ\мл

### 20.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –4-5-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -1-2 в п/зр слизь много

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

21.09.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 27.09.18 Микроальбуминурия – 25,8мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.09 | 13,3 | 9,0 | 7,0 | 10,2 |
| 21.09 | 9,5 |  |  |  |
| 22.09 | 8,7 | 7,0 | 7,6 | 10,2 |
| 26.09 | 8,0 | 7,9 | 8,1 | 10,7 |
| 30.08 | 7,8 | 8,3 | 10,4 | 8,9 |

24.09.18 Окулист: VIS OD=0,5 OS= 0,7 ;.

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены , умеренно извиты ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, извиты, склерозированы. Вены умеренно полнокровны. Салюс I-II. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

19.09.18ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ.

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

21.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

19.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,9 см3; лев. д. V = 3,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: метамин, амарил, воксид, бисопролол, витаксон, индапамид, димарил, мефармил, эвказолин-аква, нейрорубин, альфалипон, асафен, новирин, физиолечение

Состояние больного при выписке: гликемия в пределах субкомпенсированых значений на фоне приема максимальных доз ССП, от приема форксиги, перевода на комбинированную терапию пациентка отказалась. Явления ОРВИ уменьшились, сохраняеются. Онемение и снижение чувствительности в н/к, подобрана гипотензивная терапия. АД 130/80мм 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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ: диапирид (амарил, димарил, глимакс, олтар ) 4 мг утром + 2 мг веч..,

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

при необходимости воксид 0,2 мг 1т 3р/д перед едой.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет) 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: бисопролол 5 мг утром, индапамид 2,5 мг утром натощак,лоспирин 75 мг веч,. Контр. АД.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. АТТПО в планом порядке с послед конс эндокринолога.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.