#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 866

##### Ф.И.О: Хохотва Екатерина Яковлевна

Год рождения:1941

Место жительства: Гуляйпольский район, г. Гуляйполе, ул. Шевченко, 158

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 25.06.18 .по  05.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. ИБС, п/инфарктный кардиосклероз (без даты), аортальный стеноз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Риск 4. Постинсультные кистозно-глиозные изменения в левом полушарии на фоне дисциркуляторнй энцефалопатии IIст и умеренной церебральной атрофии (по МРТ от 02.07.18). Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на выраженную слабость, утомляемость, снижения зрения памяти, умеренная сухость во рту, онемение пальцев стоп, сухость кожи, шаткость при ходьбе головокружение. мелькание мушек перед глазами, периодически тяжесть за грудиной. повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Выявлен амбулаторно. Сначала заболевания принимала манинил, затем Диабетон MR, метамин, дуглимакс. С 18.05.18 по 07.06.18 находилась в т/о Гуляйпольской ЦРБ получала дуглимакс 2/500 утром, метамин SR 500 1т веч ,воксид, 0,2 1т 3р/д, прошла курс инфузионной терапии: диалипон 600 мг в/в актвоегин 10,0 № 10. Комы отрицает. Гликемия –15-20 ммоль/л. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает хипотел 80 мг утром, симлопин 5 по 2т веч, лоспирин 75 мг 1т веч, этсет 20 1т веч.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 26.06 | 123 | 3,7 | 5,8 | 22 | |  | | 3 | 2 | 69 | 22 | | 4 | | |
| 03.07 | 122 | 3,7 | 5,5 | 20 | |  | | 2 | 1 | 68 | 27 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 26.06 | 42,3 | 4,1 | 1,86 | 1,15 | 2,1 | | 2,6 | 5,1 | 99 | 8,9 | 2,1 | 3,69 | | 0,28 | 0,14 |

25.06.18 тропонин I- отр.

26.06.18 ТТГ – 2,67 ( 0,4-4,0) АТТПО – 343 МЕ/мл ( 0-100)

25.06.18Глик. гемоглобин – 10,8 %

27.06.18Анализ крови на RW- отр

26.06.18 К – 4,57 ;Nа – 138, Са++ - 1,10, С1 – 101,4 ммоль/л

### 26.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010, лейк – 16-17 местами до 21, в п/зр, белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед, эпит. перех. – ед.,эпит. уретр. – 1-2 в п/зр, местами до 5

25.06.18 ацетон – отр.

04.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000, эритр – отр., белок – отр.

27.06.18 Суточная глюкозурия – отр.; Суточная протеинурия – отр

##### 27.06.18 Микроальбуминурия – 65,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.06.18 | 14,4 |  |  |  |  |
| 26.06.18 | 14,5 | 15 |  | 10,5 |  |
| 28.06.18 | 10,8 | 12,5 | 9,7 | 13,5 |  |
| 29.06.18 | 9,2 |  |  |  |  |
| 01.07.18 | 7,6 | 10,0 | 9,8 | 11,3 | 8,9 |
| 02.07.18 | 7,2 |  |  |  |  |
| 03.07.18 | 7,6 | 7,3 | 9,1 | 13,6 |  |
| 04.07.18 | 8,5 |  |  | 9,3 | 10,4 |
| 05.07.18 2.00-9,4 | 5,9 |  |  |  |  |

03.07.18 Окулист: VIS OD=0,3 н/к OS= 0,2сф – 1,0Д =0,2-0,3 ; Негомогенные помутнения в хрусталиках, . Гл. дно под небольшим флером. ДЗН бледно розовый, границы чёткие, ангиосклероз с-м Салюс1, вены расширены, неравномерны, сосуды значительно извиты. По ходу сосудов ретинальные геморрагии ( в OS большее кол-во и крупнее чем в ОД) , микроаневризмы, экссудаты в OS Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ.

27.06.18 ЭКГ: ЧСС 75- уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый,. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочно-верхушечной области.

04.07.18 ЭКГ:ЧСС 80- уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочно верхушечной области..

27.06.18Кардиолог: ИБС, п/инфарктный кардиосклероз (без даты) аортальный стеноз СН 1. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Риск 4.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р/д, хипотел 40-80 мг, контроль АД, ЧСС.. Контроль АД, ЭКГ.

25.06.18 ЭХО КС: Систолическая функция миокарда ЛЖ не нарушена, диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации, АК-3 створчатый, стеноз АК 1-2 ст, краевой кальциноз створок АК. Минимальная регургитация на МК. Выраженная гипертрофия МЖП без обструкции выносящего тракта ЛЖ

02.07.18 МРТ головного мозга: МРТ картина постинсультных кистозно-глиозных изменений в левом полушарии на фоне дисциркуляторнй энцефалопатии II и умеренной церебральной атрофии.

26.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Слева II ст, справа 1 ст. 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 незначительно нарушена. Затруднение венозного оттока с обеих сторон

25.06.18 УЗИ щит .железы: Пр д. V = 10,4 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. Регионарные л/узлыне визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, каптопрес, торадив, хипотел, димарил, амлодипин, бисопролол, вазилип, армадин, альфа-липон, вестибо, мефармил, асафен, мазь Вишневского .

Состояние больного при выписке: У пациентки во время стац лечения появился воспалительный инфильтрат на IV п. левой кисти, на фоне местного лечения отмечается положительная динамика, отек, гиперемия и болезненность практически не определяются. Подобрана инсулинотерапия. Гликемия в пределах целевого уровня. Общее состояние улучшилось. АД 140/80 мм рт. ст. с учетом изменений на МРТ нуждается в конс невролога. С учетом снижения остроты зрения (VIS OD=0,3 н/к OS= 0,2сф – 1,0Д =0,2-0,3 ) показано введение инсулина в пенфильной форме, выдана шприц ручка ID-pen

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды <10,0ммоль/л НвА1с <7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р (пенфил) п/уж -12-14 ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг1т вечс контр.липидограммычерез 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: хипотел 80 мг 1т утром натощак, индап 2,5 1т натощак, бисопролол 10 мг утром, семлопин 10 мг веч, лоспирин 75 мг веч, контроль АД, ЭКГ, ЧСС.
4. При отеках трифас 10 мг 1т натощак 2-3 р/нед.
5. Альфа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., вестибо 24 мг 1т 2р/д 1 мес . армадин лонг 300 1т утром 1 мес.
6. Продолжить перевязки с мазью Вишневского под наблюдением хирурга по м/ж.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.