#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 881

##### Ф.И.О: Легейда Надежда Николаевна

Год рождения: 1959

Место жительства: Пологовский р-н, с. Григорровка ул. Ленина 2

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 29.06.18 по  06.07.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП 1 ст, Диабетическая нефропатия Ш ст . Хронический пиелонефрит, стадия обострения. Начальная катаракта ОИ. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. СН I. Риск 4. Ожирение Ш ст. (ИМТ 41 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Субклинический гипотиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 9 кг за 3 мес , ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, общую слабость, быструю утомляемость, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, дискомфорт в прекардиальной области, слабость в пр н/к,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: диаформин 850 мг 2р/д. Ранее ССТ регулярно не принимала. Гликемия –14-18 ммоль/л. НвАIс – 11,9 % от 12.06.18 20.6.18 Т3св – 2,14 ( 1,8-4,2) Т4св – 14,9 ( 11,5-22,7) ТТГ – 5,48 ( 0,4-4,0). 03.2018 стац лечение в неврологич отд Пологовской ЦРБ с диагнозом ишемический атеротромботический инсульт в левой гемисфере. Повышение АД длительно, гипотензивную терапию ранее не принимала. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 02.07 | 148 | 4,4 | 7,6 | 18 | |  | | 2 | 2 | 62 | 30 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 02.07 | 102 | 4,24 | 1,4 | 1,19 | 2,4 | | 2,5 | 4,5 | 70 | 10,7 | 2,5 | 1,6 | | 0,41 | 0,45 |

02.07.18 АЧТЧ 35,4 МНО 1,07 ПТИ 93 фибр – 3,8

02.06.18 К – 3,89 ; Nа –135 Са++ -1,13 С1 -100 ммоль/л

02.06.18 Проба Реберга: креатинин крови-70 мкмоль/л; креатинин мочи- 8470 мкмоль/л; КФ- 69,77мл/мин; КР- 99 %

### 03.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

04.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 137500 эритр -1000 белок – 0,040

02.07.18 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 02.07.18 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.06 |  | 10,7 | 9,4 | 9,5 |
| 30.06 | 9,9 | 11,2 | 11,9 | 12,1 |
| 03.07 | 5,8 | 6,2 | 6,0 | 7,0 |
| 04.07 | 7,5 | 7,2 | 7,9 | 8,4 |
| 05.07 | 7,2 | 7,1 | 6,8 | 7,2 |

05.07.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы с-м Салюс 1-II, в центральной облсти множественные микроаневризмы, твердые экссудаты микроаневризмы, рефлекс сглажен. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ

29.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

02.07.18Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. СН I. Риск 4.

06.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,4 см3; лев. д. V = 7,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена, местами значительно. Эхоструктура не однородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Левофлоксацин, триплексан, асафен, вазилип, мефармил, торадив, Диабетон MR

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась. Пациентка нуждается в продолжении стац лечения с целью контроля показателей гликемии, возможной коррекции дозы ССТ, дообследования узких специалистов в связи с семейными обстоятельствами, настаивает на выписке из отделения, о возможных осложнениях предупреждена. АД 130/70 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 <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут. контроль глик гемоглобина через 3 мес при показаниях повторная госпитализация в эндодиспансер.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: триплексан 5/1,25/5 1р/д. контроль АД, дообследование ЭХОКС.
9. Конс невропатолога, ангиохирурга по м/ж
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ через 1 мес Повторный осмотр эндокринолога с послед. решением вопроса целесообразности применения L-тироксина.
11. Левофлоксацин 500 мг 1р/д 7-10 дней. контроль ан. мочи по Нечипоренко в динамике. Конс семейного врача с целью коррекции терапии.
12. Контроль ОАК в динамике.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.