#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 878

##### Ф.И.О: Желякова Ирина Григорьевна

Год рождения: 1946

Место жительства: Приморский р-н, с. Камышеватка ул. Шевченко 3

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 27.06.18 . по  10.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. . Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб II Узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Варикозная болезнь н/к. ХВН II ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания соблюдала диету . С 2010 начала прием ССТ метамин SR , воксид, димарил, мефармил, форксига. В наст. время принимает: глюкофаж 1000 2р/д, форксига 10 мг утр. прием диапирида 4 мг в амб условиях самостоятельно прекратила. Гликемия – 9,0,-11ммоль/л. НвАIс – 9,2 % от 06.2018. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 12 лет. Из гипотензивных принимает вальсокор Н 160/12 1т утром. Смешанный зоб с 2014 АТТПО – 10,9 МЕ/мл ( 0-30) от 2016. 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 | | |
| 29.06 | 154 | 4,6 | 3,9 | 14 | |  | | 2 | 1 | 54 | 41 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 29.06 | 60,1 | 5,3 | 1,9 | 0,89 | 3,5 | | 4,9 | 5,6 | 94 | 13,0 | 2,9 | 0,32 | | 0,17 | 0,22 |

29.06.18 К –4,53 ; Nа –5,4 Са++ -1,09 С1 - 101 ммоль/л

### 03.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

02.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

29.06.18 Суточная глюкозурия – 3,54%; Суточная протеинурия – отр

##### 29.06.18 Микроальбуминурия – 75,8мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.06 | 10,3 | 13,9 | 9,3 | 10,2 | 14,5 |
| 01.07 | 10,2 | 9,9 | 15,8 | 12,8 |  |
| 04.07 | 8,8 | 8,7 | 10,4 | 9,4 |  |
| 08.07 | 8,9 | 9,5 | 7,8 | 10,9 |  |

09.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4).

03.07.18 Окулист: VIS OD= 02 сф + 2,0=0,7 OS= 0,2сф + 1,0=0,7

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Вены широкие умеренно полнокровны, ангисклероз, ед. микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ.

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

02.07.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Риск 4. Рек: Хипотел 40-80 мг 1р/д контр АД . ЭХОКС

04.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено. Ш ст с обеих сторон. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Затруденние венозного оттока с обеих сторон.

2017 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к. ХВН II ст.

04.07.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.07.18 УЗИ вен н/к. Эхопризнаки варикозной деформации системы левой БПВ с несостоятельным СФС и перфорантами.

27.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V = 6,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с множественными расширенными фолликулами до 0,5 см. В правой доли в с/3 гидрофильный узел 0,95\*0,76см (0,89\*0,7 – 2017) . рядом такие же узлы 1,05\*0,77 и 0,6 см. В левой доле у заднего контура гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,46\*1,0 см. (1,54\*1,0 -2016), рядом в с/3 такой же узел 0,65 .в н/3 такой же узел 0,64 см. (0,6\*0,58 -2017) Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: глюкофаж, форксига, асафен, тивортин, вальсакор, дипирид, тиогамма вазилип, мильгамма,

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, но целевые значения не достигнуты из-за длительной декомпенсации, 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 <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

форксига 10 мг утром

При сохраняющейся гипергликемии и высоких показателях глик гемоглобина показан перевод на инсулинотерапию.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. Рек невропатолог: ЭНМГ н/к, нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес, вит гр В, актовегин 1т 2р/д 1 мес
7. ТАПБ узлов щит железы с послед. конс эндокринолога.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.