#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 848

##### Ф.И.О: Морозова Татьяна Геннадиевна

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Энергодар ул. Набережная 20-61

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 19.06.18 . по  27.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Осложненная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз, неполная блокада ПНПГ. СН I. Симптоматическая артериальная гипертензия I. Хр.пиелонефрит, латентное течение в ст не резко выраженного обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, учащенный ночной диурез, ухудшение зрения, повышение АД до 140/90 мм.рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в2011 г. Комы отрицает. С начала заболевания и по наст.время диаглизид MR 30 мг утром. Гликемия –5,6-11,7 ммоль/л. Находилась на стац.лечении с 11.06.8 по 18.06.18 в отделении МХГ ЗОКБ для проведения ФЭК+ИОЛ на OS. При подготовке к операции после введения эмцефа развился анафилактический шок, при оказании неотложной помощи вводились высокие дозы ГКС, после чего появилась стойкая гипергликемия. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии ССТ

Анамнез жизни: повышение АД эпизодически до 140/90, принимает бисопролол 2,5 мг , эпизодически каптопрес.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 20.06 | 143 | 4,3 | 5,6 | 25 | |  | | 2 | 1 | 62 | 32 | | 3 | | |
| 25.06 |  |  |  | 17 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 20.06 | 64 | 5,9 | 1,14 | 1,26 | 4,1 | | 3,7 | 6,1 | 84 | 10,3 | 2,7 | 3,9 | | 0,21 | 0,47 |

20.06.18 Глик. гемоглобин – 7,1%

20.06.18 К – 4,69 ; Nа –142,8 Са++ -1,16 С1 – 101,6 ммоль/л

### 20.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - ед в п/зр

22.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - белок – отр

21.06.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 20.06.18 Микроальбуминурия –57,06 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.06 | 7,5 | 7,4 | 9,5 | 7,1 |  |
| 25.06 | 6,5 |  |  |  |  |

06.2018 Окулист (из мед.документации): VIS OD= 0,1 сф-2,25=0,2 OS=0,1 сф-2,25=0,

Негомогенные помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно под флером: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии, сужены, Веныслегка расширены.м/о не офтальмоскопируется. Д-з: Осложненная катаракта ОИ.

19.06.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ. Диффузные изменения миокарда.

22.06.18Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз блокда ПНПГ. СН 1. САГ 1 ст

Рек. кардиолога: предукал 1т 2р/д 1 мес Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.сут.мониторинг ЭКГ.

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

Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

21.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. 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.

19.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6см3; лев. д. V = 4,0см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы

Лечение: диаглизид MR, мефармил, бисопролол, офлоксацин, нефрофит

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия в пределах целевого уровня.. АД 120/80 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 < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 30 мг 1 т утром до еды за 30 мин.

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 мг 1 т вечером.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: ЭХО-КС, сут.мониторинг ЭКГ, предуктал MR 1 т 2р/д 1 мес
5. Гипотензивная терапия: бисопролол 2,5 мг утром, лоспирин 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Офлоксацин 1т 2р/д до 10 дней, нефрофит сбор 1 пакет 2-3 раза в день 1 мес, ан мочи по Нечипоренко через 10 дней под контролем семейного врача, контроль СОЭ в динамике.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, АТ-ТПО с послед. Конс эндокринолога по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.