#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 632

##### Ф.И.О: Матвиенко Галина Андреевна

Год рождения: 1974

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудное ул. Леина 45-43

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 04.05.18. по 15.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 0). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, впервые выявлений Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл, диффузный. кардиосклероз, аортальный стеноз, СНIIА. Ф. кл II. Артериальная гипертензия II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст, смешанного генеза, церебрастенический с-м. Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/95 мм рт.ст., головные боли, одышку при физ. нагрузке

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. В наст. время принимает: диаглизид 80мг утром, диаформин 850 мг 2р/д Гликемия –14,5 ммоль/л. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает динорик 100мг/25мг. 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 | | |
| 07.05 | 168 | 5,0 | 4,5 | 10 | |  | | 1 | 1 | 59 | 36 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 07.05 | 71,6 | 5,02 | 2,15 | 1,32 | 2,71 | | 2,8 | 3,9 | 75 | 12,9 | 3,0 | 2,1 | | 0,31 | 0,11 |

08.05.18 Глик. гемоглобин -10,4 %

11.05.18 ТТГ –9,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 485,5 (0-30) МЕ/мл

07.05.18 К – 4,29 ; Nа – 132 Са++ -1,14 С1 -100 ммоль/л

### 10.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

11.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 15.05.18 Микроальбуминурия – 56,7мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 05.05 | 8,9, | 10,1 | 10,1 | 13,6 |  |
| 09.05 | 7,9 | 9,6 | 6,1 | 6,9 |  |
| 11.05 | 8,1 | 10,4 | 9,2 | 5,9 |  |
| 14.05 | 5,7 | 7,6 | 5,8 | 9,7 |  |

05.05.18Невропатолог: ДЭП 1 ст, смешанного генеза, церебрастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 0). Рек: нейрокабал 1 2т/д, а-липоевая кислота 600 мг в/в, статины.

10.05.18 Окулист: Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3 сосуды узкие склерозированы, ход ближе к прямолинейному, с-м Салюс 1- II ст Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

04.05.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Нарушение коронарного кровообращения передневерхушечной области

15.05.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия ЛЖ, выраженные изменения миокарда боков стенк. При сравнении с ЭКГ от 04.05.18 без отрицательной динамики.

04.05.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл, диффузный. кардиосклероз, аортальный стеноз СН II А. Ф. кл II. Артериальная гипертензия II ст

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д бисопролол 5 мг 1р/д, нолипрел форте 1т 1р/д. предуктал MR 1т 2р//д.

11.05.18 ЭХОКС: размеры полостей сердца в пределах нормы. Значительная гипертрофия Миокарда ЛЖ (преимущественно МЖР) Миокарда ЛЖ диффузно неоднородный полости, сократительная функция ЛЖ не нарушена (ФВ 69%) нарушение локальной сократимости не выявлено. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 тип. Склероз корня, восходящего отдела аорты, створок АК и МК. Недостаточность АК 1-2 ст, аортальный стенок 1 ст. недостаточность МК 1 ст.

05.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

08.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

08.05.18 РВГ: 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. Нарушение кровообращение справа – 1 ст, слева 1- II ст.

04.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =16,8 см3; лев. д. V = 8,7 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая с крупным фиброзом и кольцевыми структурами до 0,5 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаформин, магникор, вазилип, индапрес, бисопролол, амлодипин, предуктал MR, актовегин, Диабетон MR, весел дуэ ф,

Состояние больного при выписке: За период стац лечения корригирована ССТ. Уровень гликемии соответствует целевым значением. Уменьшились боли в н/к, отсутствует одышка при физ. нагрузке. 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 <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 120 мг перед ужином.

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

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. Гипотензивная терапия: бисопролол 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, амлодипин 5 мг веч кардиомагнил 1 т. вечер, предуктал MR 1т 2р/д. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 25 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контр ТТГ 1р в 2 мес, в дальнейшем при достижении компенсации 1р в 6 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.