#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 699

##### Ф.И.О: Мириленко Елена Николаевна

Год рождения: 1966

Место жительства: Приморский р-н, ул. Ленина 2 – 1

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.05.18. по 29.05.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение Ш ст. (ИМТ 50кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб II ст Эутиреоидное состояние. ДЭП 1- II смешанного генеза, тревожно депрессивный с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН II А Риск 4. Бронхиальная астма, перситирующее течение, средней тяжести, нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6-7 кг за год, боли в стопах, онемение пальцев стоп боли в н/к, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до 180/10 мм рт.ст., головные боли, головокружение, колющие, давящие боли за грудиной , шаткость при ходьбе, одышку при малейшей физ нагрузке, отеки стоп к вечеру, приступы затруднённого дыхания в течение дня, периодически сухой кашель .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. при обращении по поводу диаб жалоб с того же периода ССТ, диаформин, Диабетон MR. В наст. время принимает: диаглизид 4 мг утром, метформан 1000 мг 2р/д Гликемия –15,0-17 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017г. Гиперплазия щит железы с 2017 повышенеи Ад с 2010 ,принимает ко-амлеса 8/2,5/5 мг . Бронхиальная астма с 1990, пользуется серетид 5/500 2р/сут, будисанид 2 инг 2р/д Госпитализирован 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 | | |
| 18.05 | 130 | 3,9 | 8,2 | 18 | |  | | 1 | 1 | 55 | 38 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 1.805 | 136 | 4,1 | 1,7 | 1,15 | 2,2 | | 2,6 | 6,0 | 78 | 8,8 | 2,2 | 1,94 | | 0,6 | 0,68 |

18.05.18 Глик. гемоглобин – 11,9%

18.05.18 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –70,0 (0-30) МЕ/мл

18.05.18 К – 4,57 ; Nа –142 Са++ -1,12 С1 -103 ммоль/л

21.05.18 Проба Реберга: креатинин крови- 70мкмоль/л; креатинин мочи- 5830 мкмоль/л; КФ-98,3мл/мин; КР-98,8 %

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

22.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

21.05.18 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 23.05.18 Микроальбуминурия –42,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.05 | 6,3 | 8,7 | 10,8 | 11,6 |
| 20.05 | 7,6 | 8,0 | 11,2 | 12,9 |
| 24.05 |  |  | 8,3 |  |

18.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП 1- II смешанного генеза, тревожно депрессивный с-м.

17.05.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена вправо .

2017 Окулист: Ангиопатия сетчатки ОИ. Начальная катаракта

23.05.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к .

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 умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

11.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =13,2 см3; лев. д. V =7,5 см3

Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: форксигна, ко-амлесса, диапирид, мефармил, серетид 50/500 ,асафен, вазилип.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, Целевые значение не достигнуты из-за длительной декомпенсации, уменьшились одышка и отеки н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Сохраняются боли в н/к .

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 < 7,5%
4. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 3-4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

форксига 10 мг утром.

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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: коамлеса 8/2,5/5 1 т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Йодомарин 200 мкг 1т/сут 3 мес .УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
6. Серетид 50/500, коррекция терапии у аллерглога.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.