#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 279

##### Ф.И.О: Билан Лариса Васильевна

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье ул. Чаривная 139-52

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.02.18 по 10.03.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гиперметропия слабой степени ОИ Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст. Посттромботическая болезнь левой н/к. лимфостаз. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с хр. пиелонефритом, латенстная форма, стадия нерезкого обострения. Ожирение II ст. (ИМТ 39кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ДЭП 1-II смешанного генеза, церебрастенический с-м

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию в ночное время до 3-6 р, ухудшение зрения, судороги, снижение чувствительности, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, одышку при ходьбе, ноющие боли в сердце.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. при сдаче анализов, соблюдала диету, принимала отвар трав. В 2009 во время оперативного лечения ( гистерэктомия) в связи с гипергликемии непродолжительное время получала инсулинотерапию. После выписки начала прием глюкофажа. В 2012 добавлен амарил. В наст. время принимает: сиофор 1000 мг утром + 1500 мг веч. Амарил 6 мг/сут, форксига 10 мг утром. Гликемия –13-15 ммоль/л. НвАIс – 10,1 % от 02.2018 .В 2017 имелась длительно не заживающая троф. язва левой голени . Избыточный весч с детских лет, последние 2 года стабильный. Повышение АД с 2000г, принимает индап 2,5 мг, небилет 5 мг, асприн кардио 00 мг, клопидогерль 75 мг, трайкор 145 мг/сут, 1994- перенесла тромбофлебит н/к Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | Тр | э | п | с | л | м |
| 27.02 | 135 | 4,69 | 4,8 | 27 | 185 | 1 | 2 | 54 | 38 | 5 |
| 09.03 |  |  |  | 25 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 28.02 | 60,2 | 4,87 | 4,6 |  |  |  | 10,7 | 122 | 9,8 | 2,4 | 15,6 | 0,76 | 0,84 |
| 09.02 | 89,7 | 4,52 | 2,35 | 1,0 | 2,44 | 3,5 | 6,3 | 85 | 15,4 | 3,1 | 9,5 | 0,32 | 0,23 |

27.02.18 Глик. гемоглобин 11,3 %

27.02.18 Анализ крови на RW- отр

02.03.18 ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/мл

05.03.18 АЧТЧ – 29,7 МНО – 1,01 ПТВ 13,1 ПТИ 99,2 фибр 2,7

28.02.18 К – 4,9 ; Nа – 136Са++ -1,21 С1 -106 ммоль/л

### 27.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1023 лейк –6-7(в скопения до 10) в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр мовевая кислота

02.03.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 9000 эритр -250 белок – отр

28.02.18 Суточная глюкозурия – 3,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 01.03.18 Микроальбуминурия –30,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 27.02 | 13,0 | 12,8 | 11,5 | 11,7 |
| 28.02 | 9,4 |  |  |  |
| 02.03 | 9,2 | 11,8 | 13,3 |  |
| 05.03 | 8,6 | 9,3 | 10,5 |  |
| 07.03 | 9,7 | 10,9 | 8,9 |  |
| 09.03 | 9,0 | 8,8 |  |  |

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

28.02.18 Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,5сф + 2,0=1,0 ; Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Сосуды сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

26.02.18 ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

02.03.18 Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Рек. кардиолога: хипотел 4-80 мг утром, небивал 2,5 мг утром, индап 2,5 мг утром .контроль ЭКГ

28.02.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Посттромботическая болезнь левой н/к. Лимфостаз.

02.03.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

28.02.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. 1- II ст Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

28.02.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон Диаб. ангиопатия артерий н/к.

26.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,6 см3; лев. д. V 6,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. и гидрофильными очагми до 0,32 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Протафан НМ, сиофор, амарил, форксига, ранитидин, небилет, клопидогрель, трайкор, Инсуман Базал, ципрофлоксацин, лоприл, индап, аспирин кардио. Флуконазол, физиолечение.

Состояние больного при выписке: Улучшились показатели гликемии , но целевые значения не достигнуты, 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Протафан НМ п/уж – 32-34ед.,

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 или трайкор 145 мг с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Круглогодично 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. Рек невропатолога: актовегин 10,0 в/в стр , нуклео ЦМФ 2,0 в/м, витамины гр В.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.