#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1250

##### Ф.И.О: Караван Людмила Васильевна

Год рождения: 1958

Место жительства: Токмакский р-н, с. Таврия ул. Таврийская 20

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 25.09.18 по  05.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к., Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хр дакриоцистит слева. Ожирение I ст. (ИМТ34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб Ш ст. Узлы перешейка и обеих долей. Эутиреоз. ИБС, стенокардия напряжения 1 ф. кл. кардиосклероз, аортальный порок сердца (стеноз) СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ЖКБ. хр. калькулезный холецистит в ст ремиссии.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, жажду, полиурию, общую слабость, быструю утомляемость, судороги н/к, снижение чувствительности, пекущие боли в подошвенной части стоп, онемение пальцев, повышение АД до 160/100 мм рт ст, шаткость при ходьбе, головокружение головные боли, давящие боли за грудиной, одышку при ходьбе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г., случайно при сдаче анализов крови, периодически принимала ССТ: янувия, Диабетон MR, метформин. С 2010 в связи со стойкой декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Инсуман Комб п/з- 46ед., п/у18 ед., мефармил 1000 мг 2р/д. Гликемия –9,7-15,8 ммоль/л. НвАIс -10,5 % от 06.2018 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 30 лет. АИТ с 2013 АТТПО ( 2016) – 50,6 МЕ/мл. ТАПБ узлов (2015): узловой зоб с кистозной дегенерацией в сочетании а аутоиммунным тиреоидитом.. ТТГ (2017) 0,6 мкме/мл ( 0,3-4,0) Т4св – 16,3 ммоль/л (10-25), Кальцитонин < 2.0 Тиреоглобулин – 22 (0-55). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 26.09 | 152 | 4,6 | 7,5 | 30 | |  | | 2 | 1 | 56 | 39 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 16.09 | 88,4 | 5,8 | 1,89 | 0,95 | 4,0 | | 5,1 | 5,1 | 7,6 | 9,8 | 2,8 | 6,6 | | 0,14 | 0,26 |

26.09.18 К –4,52 ; Nа 137 Са++ - 1,15С1 - 103 ммоль/л

### 27.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –10-12-16 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

28.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

27.09.18 Суточная глюкозурия – 1,14 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.09.18 Микроальбуминурия 27 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.09 | 7,9 | 12,0 | 10,6 | 12,6 |
| 03.10 | 9,1 | 9,0 | 7,8 | 9,3 |

03.10.18 Окулист: VIS OD0,8 OS=0,8 ; OS – хр. дакриоцистит

Гл. дно: вены широкие, умеренно извиты, неравномерного полнокровны, склероз, с-м Салюс 1- II ст, артерии сужены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хр. дакриоцистит слева

25.09.18 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ.

27.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

26.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

25.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 28,2 (2017-38) см3; лев. д. V = 36,1(2017-40) см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная. В пр доле в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,85\*1,63(2017 2,7\*1,7) см. с фиброзными и гидрофильными включениями. У переднего контура справа гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,1\*1,98 ( 2017 – 2,1\*1,1)см. В с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,3\*1,64 (2017 2,08\*1,6)см. В перешейке такой же узел 3,9\*2,8(2017 3,54\*2,7) см. Левая доля представлена конгломератом таких же узлов Размеры его соответствуют размерам левой доли.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Инсуман Комб, мефармил, липразид, асафен, тиогамма, витаксон, армадин, форксига, каптопрес, вазилип,

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, но целевые ззначения не достигнуты, в виду длительной декомпенсации, к терапии добавлена форксига, 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. Инсулинотерапия: Инсуман Комб п/з-46-48 ед., п/уж 18-20 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж, мефармил) 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. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: лизиноприл 5-10 мг, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер, предуктал MR 1т 2р/д 1-2 мес. Контр. АД. конс кардиолога по м/ж
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес..
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.