#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1259

##### Ф.И.О: Литвин Анна Карповна

Год рождения: 1952

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Заповетное, ул. Садовая, 12

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 27.09.18 по  08.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Анизометропия, миопия высокой степени OS, слабой степени ОД. Ожирение I ст. (ИМТ 31,6кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Узловой зоб 0-1 ст, узел правой доли, эутиреоидное состояние. ДЭП Ш сочетанного генеза, последствия перенесенного ишемического инсульта в русле левой СМА (01.2017).. ИБС, диффузный кардиосклероз Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН 1.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, сухость во рту, увеличение веса на 5 кг за год, боли и онемение в в/к и н/к, больше в правых повышение АД до 160/100 (макс. до 200/100 )мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. С начала заболевания принимала ССП (сиофор, диаформин, дуглимакс). С 2017 на комбинированной терапии Фармасулин Н, Фармасулин НNP 2р/сут диаформин 1000 мг 2р/д Комы отрицает. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 24ед., п/у-12 ед., Фармасулин Н п/з 8 п/у 8 ед, метамин 1000 мг 1т 2р/д Гликемия –9,8-14,2 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 05.2017г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: страдает ГБ много лет, в 01.2017 ишемический инсульт в русле левой СМА, постоянно принимает: триплексам 10/2,5/10 1т утром, тромбонет 75 мг веч, этсет 20 мг 1 т веч, небивал 2,5 мг в обед.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 28.09 | 139 | 4,2 | 6,7 | 13 | |  | | 1 | 2 | 65 | 28 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 28.09 | 70,4 | 4,04 | 1,17 | 1,34 | 2,16 | | 2,0 | 3,8 | 82 | 12,4 | 2,9 | 0,99 | | 0,24 | 0,12 |

28.09.18 Глик. гемоглобин 9,5- %

28.09.18 ТТГ –1,5 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –66,8 (0-30) МЕ/мл

28.09.18 К –4,9 ; Nа –136 Са++ 1,19- С1 - 100 ммоль/л

28.09.18 Проба Реберга: креатинин крови-75 мкмоль/л; креатинин мочи-5060 мкмоль/л; КФ-116,7 мл/мин; КР- 98,5 %

### 28.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк – 1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

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

01.09.18 Суточная глюкозурия – 0,52%; Суточная протеинурия – отр

##### 01.10.18 Микроальбуминурия –18,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.09 | 11,5 | 14,7 | 7,9 | 10,0 |
| 30.09 | 9,1 | 8,9 | 8,4 | 11,1 |
| 03.10 | 8,6 | 9,6 | 11,5 | 12,1 |
| 04.10 | 8,3 |  | 8,6 |  |
| 05.10 | 8,0 |  |  |  |

27.09.18 Окулист: VIS OD=0,2сф – 2,5д=0,3 OS= 0,0,8 сф - 7,0д=0,2-0,1 ;

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: . А:V 1:2 сосуды сужены ,извиты, склерозированы ,вены неравномерного калибра, полнокровны, с-м Салюс 1 ст, рефлекс в макуле сглажен, микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Аннизометропия, миопия высокой степени OS, слабой степени ОД . рек: В ОИ визилотон 3р/д.

27.09.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

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

04.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

01.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий правой н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

27.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V 9,8 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. В пр доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,8\*0,57 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Фармасулин Н Фармасулин НNP, мефармил, триплексам, небивалол, тромбонет, кокарнит, эспа-липон, этсет, физиолечение

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, сухость во рту не беспокоит, гликемия в пределах субкомпенсированых значений, несколько уменьшились боли и онемение в конечностях. АД 140/90 мм рт. ст. *С учетом снижения остроты зрения показано введение инсулина в пенфильной форме. Выданы шприц-ручки хума-пен 2 шт*.

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: Фармасулин Н (пенф)п/з- 8-10ед., п/уж -12-14 ед., Фармасулин НNP(пенф) п/з 24-26 ед, п/у 16-18 ед

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: аторвастатин (этсет) 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: триплексам 10/,25/10 1т утром, небивалол 2,5-5 мг в обед, тромбонет 75 мг 1т веч. Контр. АД, ЧСС.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.1 мес.,. келтикан 1т 3р/д 1 мес
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Диета, богатая йодом.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.