#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1293

##### Ф.И.О: Шевченко Анна Платоновна

Год рождения: 1950

Место жительства: Ореховский р-н, с. Преображенка ул. Труда 26

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 04.10.18 по  16.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 38,54кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Идиопатический гипотиреоз, впервые выявленный. Возрастная макулодистрофия (сухая форма) ОИ. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС: стенокардия напряжения ФК II-III. С-м укороченного PQ. СНII A. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, выраженную общую слабость, зуд и сухость кожи, сонливость, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли, судороги, онемение и снижение чувствительности в н/к, повышение АД макс. до 200/95 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, дискомфорт в области сердца при повышении АД, одышка при ходьбе до 300м, отеки н/к, периодически дискомфорт в эпигастрии, чувство тошноты, боли в коленных суставах, тревожность.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (манинил, затем амарил, диаформин). В связи с неэффективностью ССТ 8 лет назад была переведена на инсулинотерапию: Генсулин Н 2р/д + диаформин 850 1т 2р/д, В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-30 ед., п/у-20 ед. диаформин 850 1т 2р/д, Гликемия –12,0-14,9 ммоль/л. НвАIс -9,5 % от 20.07.18. Последнее стац. лечение в 2010г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение многих лет. Постоянно принимает бисопролол 10 мг 1т 2р/д. вазар Н 80/12,5 1т утром, клофелин при кризах, вестинорм 24 мг 1т 2р/д. 2002 – холецистэктомия. В анамнезе хр. панкреатит, периодически принимает панкреатин.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 05.10 | 150 | 4,5 | 5,9 | 39 | |  | | 2 | 0 | 63 | 33 | | 2 | | |
| 12.10 |  |  |  | 20 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 05.10 | 84 | 4,87 | 1,65 | 1,4 | 2,71 | | 2,5 | 6,3 | 74 | 23,1 | 5,5 | 4,9 | | 0,25 | 0,32 |
| 11.10 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 13,3 | 3,9 | 4,2 | | 0,16 | 0,12 |

05.10.18 ТТГ –4,24 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 10 (0-30) МЕ/мл

05.10.18 К – 4,66 ; Nа –142,4 Са++ - 1,3С1 -103 ммоль/л

### 05.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 7-10-11 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

09.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

08.10.18 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 11.10.18 Микроальбуминурия –74,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.10 | 7,5 | 16,0 | 9,3 | 16,5 |
| 07.10 | 7,0 | 10,4 | 11,0 | 10,9 |
| 10.10 | 7,1 | 9,4 | 10,8 | 8,1 |
| 13.10 | 5,5 | 10,2 | 7,5 | 8,6 |

11.10.18 Окулист: VIS OD=0,1сф + 2,0=0,8 OS= ,3 сф + 1,5=0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: А:V 1:3 артерии сужены, извиты ,вены широкие, полнокровны, ангиослкероз, с-м Салюс 1- II ст. В макуле выраженные дистрофические. Д-з: ВМД (сухая форма). Начальная катаракта . Ангиопатия сетчатки ОИ

11.10.18 ЭКГ+ ритмограмма: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. С-м укороченного PQ.

08.10.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения Ш ф. кл. СН II А .ф. кл II. Артериальная гипертензия 1 ст. Рек: предуктал MR 1т 2р/д ,аспирин кардио 100 мг 1р/д, клопидогрель 75 мг веч., при болях в сердце изокет спрей 1р/д.

12.10.18 Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II-III ф. кл. С-м укороченного PQ.СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивная ангиопатия сетчатки.

10.10.8 ЭХО КС: ФВ-65%/ склероза орты и АК, Увеличение полости ЛЖ. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ гипертрофия миокарда ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ с нарушением релакcации Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме .

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

11.10.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Справа, слева – снижено 1 ст. 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 снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

10.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,2см3; лев. д. V = 3,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Н, торсид, предуктал MR, диаформин, мефармил, бисопролол, клопидогрель, изокет спрей, вестинорм, диокор соло, асафен, зоник, диалипон, милдракор, фуросемид, гидазепам, физиолечение.индопркс, тросид, предуктал , нитроглицерин, изокет спрай, L-тироксин.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, сухость во рту, жажда не беспокоит, уменьшилась сонливость, уменьшились боли в н/к, увеличилась толерантность к физической нагрузке, уменьшилась шаткость при ходьбе, уменьшились отеки на н/к. 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 <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 40 ед., п/уж - 20ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 850 - 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: Диокор соло 150 мг 1 т утром, бисопроло 10 мг 1 т 2р/день, индапрес (индап) 2,5 мг утром, клопидогрель 75 мг 1 т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Предуктал MR 1 т 2р/д, изокет спрей – 1 доза при болях в сердце. При отеках торсид 10 мг 1 т натощак 1-3 раза в неделю.Контр. АД, ЧСС, ЭКГ.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., зоник(прегабалин) 75 мг 1 т 2р/д, келтикан 1 к 3р/д-1 мес, вестинорм 24 мг 1 т 2р/д-1-2 мес
5. Консультация невролога по м/ж.
6. Контроль СОЭ в динамике по м/ж.
7. УЗИ щитовидной железы 1 р в год, L-тироксин 12,5 мкг утром натощак, контроль ТТГ через 6-8 недель с последующей конс.эндокринолога по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.