#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1284

##### Ф.И.О: Сардак Татьяна Васильевна

Год рождения: 1948

Место жительства: Токмакский р-н, г .Токмак ул. Чапаева 128

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 03.10.18 по  17.10.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ш ст. Лимфостаз н/к. Рана задней поверхности н/3 правой голени в стадии регенерации Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП IIст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Ожирение Ш ст. (ИМТ 40кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб 1. Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз,. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, боли в н/к, зябкость стоп, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, отеки голеней, стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г при сдаче анализов крови . Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. (диапирид, глюкофаж, Диабетон MR ). С 2017 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию Инсулар Стабил,. В наст. время принимает: Иснулар Стабил п/у 20 ед, глюкофаж 100 мг /сут, форксига 10 мг утром Гликемия –13-17 ммоль/л. НвАIс – 11,5 % от 05.09.18. Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 11 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг. В 2017 выявлен диффузный зоб . анализы на ТТГ, АТТПО не сдавала. 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 | | |
| 04.10 | 143 | 4,3 | 4,7 | 14 | |  | | 1 | 1 | 65 | 31 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.10 | 65,6 | 5,7 | 2,09 | 1,18 | 3,6 | | 3,8 | 9,1 | 98 | 12,3 | 3,4 | 3,0 | | 0,29 | 0,24 |

04.10.18 К – 4,65 ; Nа – 134 Са++ -1,12 С1 -103 ммоль/л

### 04.10.18 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк –3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр слизь, оксалаты

05.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5500 эритр - белок – отр

10.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -7000 эритр - белок – отр

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

08.10.18 Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 08.10.18 Микроальбуминурия –29,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.10 | 10,3 | 10,4 | 10,2 | 11,4 | 10,2 |
| 07.10 | 5,5 | 7,0 | 6,9 | 8,7 | 7,5 |
| 10.10 | 8,5 | 5,3 | 11,0 | 7,2 |  |
| 14.10 | 5,1 | 10,6 | 10,4 | 11,0 | 12,1 |
| 16.10 |  |  | 9,0 | 6,5 | 6,8 |

2017 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

04.10.18 Окулист:Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды неравномерного калибра, извиты, склероз, вены полнокровны, с-м Салюс II ст. ед, микроаневризмы . Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

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

11.10.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

09.10.18 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз,. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Рек. кардиолога: эплепрес 25 мг, эналаприл 10 мг 2р/д, предуктал MR 1т 2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС NR pro BNP

09.1.018 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

09.10.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Шcт. Лимфостаз н/к. Рана задней поверхности н/3 правой голени в стадии регенерации

11.10.18РВГ: 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 в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

03.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,2 см3; лев. д. V = 8,0 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом и единичными гидрофильными очагами до 0,5 см .. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы..

Лечение: тиогамма, луцетам, мильгамма, нуклео ЦМФ, Инсулар Стабил, левофлоксацин, флуконазол, метоклопрамид, мефармил, форксига, эналаприл, спиронолактон, фуросемид, асафен, вазилип, бисопролол предуктал MR, карведилол, перевязки троф. язвы.

Состояние больного при выписке: гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. Трофическая язва сухая, в стадии регенерации. При назначении левофлоксацина 500 мг/сут, флуконазола 50 мг отмечено неблагоприятное явление – тошнота, рвота, в связи с чем препараты отменены. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга 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: Инсулар Стабил п/уж -24-26 ед., Выдано 5 флаконов.

ССТ: 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 20 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: эналаприл 10 мг 2р/д , бисопролол 5 мг утром, предуктал MR 1т 2р/д 1 мес. трифас 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес
6. Канефрон 1т 2р/д 1 мес, контроль анализов мочи.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год.. ТТГ, АТТПО с послед. конс эндокринолога

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.