#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1336

##### Ф.И.О: Морар Ирина Даниловна

Год рождения: 1966

Место жительства: Мелитопольский р-н,с. Константиновка ул. Ленина 97

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.10.18 по  24.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. кардиосклероз СН II А. Ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Состояние после ишемического инсульта ( 2011) в левой гемисфере головного мозга в СМА слева в левой гемисфере мозжечка.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. ССТ начала принимать с 2005. С 2016 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з 34 ед, п/у 24 ед. диаформин 1000 2р/д Гликемия –10-18 ммоль/л. НвАIс -10,7 % от 07.2018 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает коронал 5-10 мг 1р/д, бисопролол 10 м г1р/д, ранее принимала вальсокор 160 мг 1р/д перенесла ишемический инсульт в 2011. 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 | | |
| 12.10 | 131 | 3,9 | 7,0 | 28 | |  | | 1 | 1 | 58 | 38 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.10 | 91 | 6,74 | 1,13 | 2,45 | 3,77 | | 1,8 | 6,1 | 82,5 | 12,2 | 2,9 | 1,2 | | 0,39 | 0,21 |

12.10.18 Глик. гемоглобин -10,0 %

12.10.18 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

12.10.18 АТ ТПО – 52,0 (0-30) МЕ/мл

12.10.18 К – 4,35 ; Nа – 137,6 Са++ - 1,14С1 - 106 ммоль/л

### 12.10.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. – 2-3 в п/зр

17.10.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – отр цил глиан – 1 в кам

16.10.18 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – отр

##### 18.10.18 Микроальбуминурия –67,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.10 | 7,6 | 8,7 | 13,0 | 7,0 |
| 13.10 | 8,1 | 11,5 | 6,1 | 9,3 |
| 17.10 | 6,8 | 9,0 | 10,8 | 10,1 |
| 20.10 |  |  | 7,2 |  |

12.10.18 Окулист: VIS OD=0,8 OS= 0,8 ;.

Гл. дно: сосуды умеренно сужены ,извиты ,Склерозированы, с-м Салюс 1 ст. вены полнокровны, микроаневризмы. Д-з: . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.10.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка..

16.10.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

17.10.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф. кл. кардиосклероз СН II А. Ф. кл II Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

18.10.18ЭХО КС: Качество визуализации снижено. Систолическая дисфункция миокарда ЛЖ сохранена, диастолическая дисфункция по 1 типу, АК 2х створчатый, функция АК не нарушена, незначительной краевой кальциноз, створок АК. Гипертрофия миокарда ЛЖ по концентрическому типу. Соотношение камер сердца не нарушено.

12.10.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

17.10.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

16.10.18 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован. Рек: вальсакор 160 мг 2р/д, вазилип 40 мг 1р/д, индап 2,5 мг утром, торасемид 10 мг 1т 2р/нед, бисопролол 10 мг в обед. При сохраняющемся повышение АД к лечению добавить физиотенс аспирин кардио 100 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д.. Конс невропатолога

11.10.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8 см3; лев. д. V =6,2 см3

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

Лечение: вальсокор, вазилип, индап, трифас, бисополол, мефармил, тиолипон, нуклео ЦМФ, витаксон, Хумодар Б100Р, каптоприл, асафен, предуктал MR, спиронолактон.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 130/90 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,5ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 34ед., п/уж 24- 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: розувастатин 20-40 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: вальсакор 160 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д 100 мг 1р/д, эплепрес 25 мг 1р/д. тригрин 10 мг 1р/д, бисопролол 10 мг 1р/д.. контроль АД ЭКГ, ЧСС. Дообследование КАГ
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.