#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1010

##### Ф.И.О: Саенко Татьяна Ивановна

Год рождения: 1959

Место жительства: Запорожский р-н, с. Н-Поле. Ул. Верхняя 25а

Место работы: н/р

Находился на лечении с 13.07.17 по 24.07.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1-II ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Смешанный зоб 1- II узел перешейка. Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз. СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. ПХЭС: хронический панкреатит вне обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, снижение веса на 15 кг за год, резкое ухудшение зрения на ОД в течение 2х нед., боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение чувствительности в них, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен впервые. 07.07.17 обратилась в глазное отд ЗОКБ с ДЗ: гнойный увеит ОД. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OS. выявлена гипергликемия от 12.07.17 – 14,0 ммоль/л, глик гемоглобин от 11.07.17 – 13,9%, в условиях стационара получала Фармасулин Н п/з 10 ед. п/о – 7 ед, п/у 6 ед, 23.00- 6 ед. Ранее за мед помощью не обращалась, не лечилась. От 11.07.17 ТТГ – 1,59мкМЕ/мл, АТТПО - <10,0 МЕ/мл. В 2010 лапароскопическая холецестэктомия по поводу ЖКБ. Цифры АД ранее не контролировала, гипотензивную не принимала. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 14.07 | 148 | 4,5 | 6,7 | 34 | 2 | 0 | 43 | 53 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.07 | 71,8 | 5,76 | 1,82 | 1,5 | 3,43 | 2,8 | 5,4 | 74 | 9,8 | 2,0 | 3,3 | 0,1 | 0,19 |

14.07.17 К –4,7 ; Nа –137,3 Са - Са++ -1,27 С1 - 104 ммоль/л

### 14.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1031 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

С 15.07.17 ацетон отр

17.07.17 Суточная глюкозурия – 3,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 17.07.17 Микроальбуминурия –36,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.07 |  |  |  |  | 9,5 |
| 14.07 | 110,8 | 17,2 | 13,1 | 10,1 |  |
| 15.07 | 8,0 | 17,2 | 14,36 | 13,3 |  |
| 17.07 | 7,6 | 13,6 | 10,7 | 12,5 |  |
| 18.07 | 9,9 | 13,0 | 12,1 | 12,1 |  |
| 20.07 | 8,2 | 8,9 |  |  |  |
| 21.07 | 6,6 | 9,3 | 12,0 | 13,7 |  |
| 22.07 | 6,0 | 9,1 | 8,4 | 12,5 |  |
| 23.07 |  |  | 9,6 | 5,9 |  |

18.07.17 Окулист: VIS OD=0,4сф – 0,25 =0,6 OS= 1,0 ; Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Рек: наблюдение окулиста по м\ж, йодистый калий 3% 4р/д 2 нед, офтан-дексаметазон1к 2р\д 10 дней, затем 1к 1р\д 5 дней, индоколлир (униклофен) 1к 3р\д длительно до 2х нед, Внутрь: серрата 1т 3р\д после еды3 нед, ОСТ макулы ( ангиография) на ОИ.

19.07.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

17.07.17 Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце С I. Риск 4.

Рек. кардиолога: арфион ретард 1т 1р\д, аспирин кардио 100 мг 1р\д небивал 2,5 м 1р\д. Контроль АД. ЭХОКС, КТ сердца и сосудов

17.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1- II ст, потертости Ш, V пальцев левой стопы 1 п правой стопы.

13.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,6 см3; лев. д. V = 11,0 см3

Перешеек –1,21 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В перешейке гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,45\*1,12 с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел перешейка.

Лечение: амлодипин 10мг, кардиомагнил 12,5мг , Фармасулин Н, Фармасулин НNP, карведилол, витоприл 10 мг, щелочное питье, активированный уголь

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, подобрана инсулинотерапия, гипотензивная терапия. АД 140/80 мм рт. ст. Улучшилось зрение на ОД.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-10 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -10 ед., Фармасулин НNP п/з 26 ед, п/у 16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: этсет 20 мг 1т веч с контролем липидограммы через 3 мес
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: амлодипин 10 мг ½ т веч, лизиноприл 10 мг 1т утром. карведилол 12,5 1т 2р/д. лоспирин 75 мг 1т на ночь. Контр. АД.
8. ЭХОКС, КТ сердца и сосудов в плановом порядке с послед. конс. кардиолога.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрокабал 1т 3р\д 1 мес.
10. Конс. невропатолога по м\ж
11. Соблюдение рекомендаций окулиста (см. выше)
12. ТАПБ узла щит. железы, с послед. конс. эндокринолога. УЗИ щит. железы через 6 мес. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В