#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1073

##### Ф.И.О: Саенко Татьяна Ивановна

Год рождения: 1959

Место жительства: Запорожский р-н, с. Николай Поле, ул. Верхняя, 25 а.

Место работы: н/р

Находилась на лечении с 15.08.18 по 28.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст.

Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетический макулярный отек ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Ожирение I ст. (ИМТ31,2 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб I-II ст, узел перешейка, эутиреоидное состояние. ИБС: диффузный кардиосклероз,. СН I с сохраненной систолической функцией ЛЖ (ФВ-65%). Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в ночное время и перед обедом до 1-2р/мес, купируемых приемом сладкого, прибавку в весе на 16 кг за год, прогрессирующее ухудшение зрения, боли и онемение в стопах, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., периодически сжимающие боли в области сердца.

Краткий анамнез: СД выявлен в 07. 2017 г. При обращении с гнойным увеитом ОД в глазное отд. ЗОКБ. В связи с выраженной декомпенсацией СД была назначена инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з 10 п/о 6-8 п/у 10 ед. Фармасулин НNР п/з 26 п/у 16 ед. В последующем амбулаторно в связи с гипогликемическими состояниями Фармасулин Н перед обедом не вводила. 15.08.18 около 1.00 ночи-гипогликемическая кома, родственниками вызвана СМП, глюкоза крови 2,6 ммоль/л, вводилась 40%- глюкоза, накануне отмечала недостаточный прием пищи. Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение года, принимает эналаприл 10 мг утром, карведилол (дозу указать не может0, лоспирин 75 1 т на ночь. С 2017г-смешанный зоб I-II ст, узел перешейка, рекомендованная ТАПБ не проводилась, от 07.2017: ТТГ – 1,59 (0,4-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – менее 10 ( менее 100) МЕ/мл. 2010г-ЛХЭ (ЖКБ).

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 16.08 | 129 | 3,9 | 7,1 | 34 | | 259 | | 1 |  | 64 | 34 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 16.08 | 82 | 6,07 | 1,73 | 1,69 | 3,58 | | 2,5 | 3,8 | 80 | 10,4 | 2,5 | 3,0 | | 0,40 | 0,46 |

16.08.18 Глик. гемоглобин – 6,4%

15.08.18 ФГ ОГК №114022-сердце и легкие без патологии

16.08.18 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

16.08.18 К – 4,24; Nа – 149; Са++ - 1,21; С1 - 100 ммоль/л

### 16.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020; эритроциты – 0-0-1 в п/зр; лейк – 7-8-9 в п/зр; белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – умер. к-во; эпит. уретр. – 0-0-1 в п/зр, слизь- много, фосфаты- на ½ п/зр.

20.08.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 19000; эритр – 250; белок – отр

17.08.18 Суточная глюкозурия, суточная протеинурия – отр

##### 17.08.18 Микроальбуминурия – 93,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.08. | 5,5 | 5,6 | 7,1 | 10,2 |
| 18.08 | 6,3 | 7,0 | 6,7 | 7,6 |
| 20.08 | 4,9 | 5,3 | 8,4 | 8,5 |
| 22.08 | 6,1 |  | 7,3 | 9,1 |

17.08.18 Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7

Помутнения в хрусталиках ОИ, преимущ в задней капсуле. Гл. дно: вены широкие, полнокровные, неравномерного калибра, артерии сужены, извиты, ангиосклероз, Салюс I-II ст. множественные геморрагии, микроаневризмы, мягкие и твердые экссудаты. В макуле справа мелкие геморрагии, сливные друзы, отечность, слева друзы, точечные гморрагии. Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. ДМО ОИ. Р-но: интравитреальное введение айлии на ОИ.

15.08.18 ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

17.08.18 Кардиолог: ИБС: диффузный кардиосклероз,. СН I с сохраненной систолической функцией ЛЖ (ФВ-65%). Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Р-но: нолипрел 1 т утром, контроль АД.

18.08.18 ЭХО КС: соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Склероз аорты и АК. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме. Митральная регургитация 1 ст. минимальная регургитация на ТК. ФВ-65%

27.08 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

16.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,8 см3; лев. д. V = 10,4 см3

Перешеек –1,37 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая. В перешейке гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,9\*1,37 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел перешейка.

Лечение: Фармасулин HNP, Фармасулин Н, эналаприл, карведилол, асафен, вазилип, тио-липон турбо, цианокобаламин, пентоксифиллин, мефармил, офлоксацин.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гипогликемические состояния не отмечаются, гликемия в пределах целевого уровня, переведена на комбинированную терапию Фармасулин HNP 2 раза в сутки + метформин, несколько уменьшились боли и онемение в н/к. АД 120-130/80 мм рт. ст. Нуждается в дообследовании-ТАПБ узла щитовидной железы, от которой в настоящее время пациентка отказалась.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, окулиста, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з- 22-24 ед., п/уж -10-12 ед.,
5. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии /протеинурии 1р. После нормализиции ан.мочи для уточнения степени диабетической нефропатии.
7. Гиполипидемическая терапия: вазилип 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 1 т 2р/день, карведилол 6,25 мг 2р/д, лоспирин 75 1 т вечер. Контр. АД.
9. Альфа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1 т 3р/д-1 мес.
10. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. ТАПБ узла щитовидной железы. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
11. Соблюдение рекомендаций окулиста (см.выше)
12. офлоксацин 200мг 1 т.\*2 р до 10 дней, контроль ан.мочи по Нечипоренко, СОЭ через 10 дней по м/ж.
13. УЗИ МВС в плановом порядке по м/ж.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.