#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 956

##### Ф.И.О: Величко Ольга Николаевна

Год рождения: 1953

Место жительства: Веселовский р-н, пгт Веселое ул. Вишневая 73

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.07.18 по  26.07.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ИБС , стенокардия напряжения Ш ф .кл постинфарктный кардиосклероз ( 2016) СН II А. ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. I. Риск 4. ДЭП 1 ст, церебрастенический с-м. неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. гепатостетоз, недостаточность функции печени 1 ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шаткость, одышку при ходьбе,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. при обращении по поводу потери веса, сухости во рту, жажды, зуда кожи, С того же времени начала прием ССТ. С 2011 в связи с отсутствием компенсации переведена на инсулинотерапию Фармасулин НNP. В наст. время принимает: Фармасулин НNP п/з- 44ед., п/у- 34ед. сиофор 850 2р/д. Гликемия –3,0-18,0 ммоль/л. НвАIс – 7,7 % от 06.2018. Последнее стац. лечение в 2011г. Повышение АД в течение 18 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 мг. 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 | | |
| 18.07 | 127 | 3,8 | 5,2 | 40 | |  | | 2 | 1 | 45 | 50 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.07 | 59,0 | 10,9 | 6,1 |  |  | |  | 7,8 | 91 | 10,2 | 2,6 | 18,7 | | 1,55 | 1,74 |
| 24.07 |  | 11,4 | 6,5 |  |  | |  | 6,6 | 84 | 11,0 | 2,7 |  | | 2,1 | 1,9 |

20.07.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

20.07ТТГ – 3,2 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –27,7 (0-30) МЕ/мл

18.07.18 глик гемоглобин 8,6%

### 18.07.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк 5-7в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

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

19.07.18 Суточная глюкозурия – 0,89%; Суточная протеинурия – отр

##### 19.07.18 Микроальбуминурия –31,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.07 | 4,9 | 9,3 | 10,6 | 12,7 |  |
| 20.07 | 3,5 | 6,8 | 8,4 | 11,1 | 8,3 |
| 22.07 | 4,0 |  |  |  |  |
| 24.07 | 7,7 | 11,1 | 13,5 | 13,4 | 11,6 |
| 25.07 |  |  | 11,2 | 12,0 |  |

19.07.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS4).ДЭП 1 ст церебрастенический с-м. Рек: нейротропи 4,0 в/в, нуклео ЦМФ 1т 3р/д 1 мес, гамалате В6 2т 2р/д.

19.07.18 Окулист: VIS OD=0,4 н/к OS= 0,2-0,3 н/к ;.

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс 1 ст, микроаневризмы. В макуле рефлекс сглажен. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Рек: оперативное лечение катаракты в плановом порядке.

17.07.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

19.07.18 Кардиолог: ИБС , стенокардия напряжения Ш ф .кл постинфарктный кардиосклероз (2016) СН II А. ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. I. Риск 4.

Рек. кардиолога: еплепрес 25 мг 1р/д, лозап 50-100 мг 1р/д, предуктал MR 1т 2р/д, аспирин кардио 100 мг 1р/д, клопидогрель 75 мг, сиднофарм 2 мг 2р/д. Контроль АД, ЧСС. ЭКГ.

19.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

26.07.18 Гастроэнтеролог: неалкогольная жировая болезнь печени 1 ст. гепатостетоз, недостаточность функции печени 1 ст.

Рек: стол № 5 , режим питания, гепадиф или L-бетаргин 1т 2р/д после еды 1 мес, урсосан 250 мг 2т на ночь 1 мес ,смарт омега 1т 1р/д во время еды 1 мес. контроль АСТ, АЛТ.ГГТ, тимоловой пробы, щелочной фосфатазы, холинэстеразы. Повторный осмотр через месяц с результатами анализов.

18.07.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено 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 в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

25.07.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1-2ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

17.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,7 см3; лев. д. V = 4,3 см3

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

Лечение: сиофор, лозап, вазилип, асафен, Фармасулин НNP, нейротропин

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, постпрандиальная гипергликемия связана с уменьшением дозы Фармасулина НNP, уменьшились боли в н/к., уменьшились частота и интенсивность загрудинных болей, одышка при ходьбе. АД 130/80мм рт. ст. С учетом низкой остроты зрения рекомендовано применение пенфильных форм инсулина. согласно постановлению КМУ № 239 от 29.03.16.

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: Фармасулин НNP (пенф)п/з- 44-46 ед.,., п/уж -32-34 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 750 - 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. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: лозап 100 мг, клопидогрелоь 75 мг, сиднофарм 2м г/д, предуктал MR 1т 2р/д кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. 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.
7. Пациентка взята в клин. исследование для изучения эффективности и безопасности сотаглифлозинга у пациентов с СД тип 2.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.