#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 778

##### Ф.И.О: Псёл Наталия Михайловна

Год рождения: 1950

Место жительства: Гуляйпольский р-н, Г. Поле ул Чубаря 42

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 05.06.00. по 18.06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Рецидивирующий гемофтальм. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после витрэктомии. Артифакия ОД. Тракционная отслойка сетчатки ОД. Вторичная глаукома. Осложненная катаракта OS. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. МКБ: Нефрэктомия справа (2012). Конкременты единственной левой почки. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Ожирение I ст. (ИМТ 34,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб I ст, эутиреоз клинически.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, прогрессивное снижение на ОД, отсутсвие зрения на OS с 2017г, увеличение веса на 7 кг за год, боли в ногах и кистях, судороги, онемение в н/к, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головокружение, шаткость при ходьбе, периодически учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП. С 2001 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию Хумодар Б100Р п/з 30 ед п/у 30 ед. диаформин 1000 2р/д. В 03.2017 к лечению был добавлен Хумодар Р100Р.Назначено Хумодар Р100Р п/з 10-12 ед. п/у 10-12 ед. Хумодар Б100Р п/з 30-32ед, п/у 28-30 ед. + диаформин . В 04.2017 – в г Днепропетровске витрэкмоия с газовой тампонадой ОД, где со слов больной, было назначено: Хумодар Б100Р п/з32- ед., п/у- 32ед. в 22.00 – 10ед, Хумодар Р100Р п/з 12 ед п/о 10 ед, п/у 12 ед. Гликемия –4-11 ммоль/л. НвАIс -7,7 % от 23.04.18. Последнее стац. лечение в 03.2017 г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает тонорма 1/2т 2р/д. Диффузные изменения щит железщы с 2017 ТТГ – 0,8 ( 0,3-4,0) АТТПО – 10,2 ( 0-30). 1988г-экстирпация матки с придатками. 2012г-МКБ.Нефрэктмия справа. 2011г-тракционная отслйка сетчатки.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 06.06 | 142 | 4,3 | 6,0 | 37 | |  | | 1 | 2 | 66 | 29 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 06.06 | 64 | 5,9 | 1,96 | 1,62 | 3,4 | | 2,6 | 7,6 | 93 | 13,6 | 3,4 | 2,7 | | 0,12 | 0,43 |

26.06.18 CКD-ЕPI -54 мл/мин/1,73м2.

06.05.18 К – 4,38 ; Nа –141,9 Са++ -1,21 С1 -103,5 ммоль/л

01.06.18 Проба Реберга: креатинин крови-102 мкмоль/л; креатинин мочи-4290 мкмоль/л; КФ-24,1 мл/мин; КР- 97,2 %

### 06.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 22-24 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -ед в п/зр

08.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

07.05.18 Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 08.05.18 Микроальбуминурия 77,0– мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.06 2,00-6,0 | 4,5 | 6,1 | 7,0 | 8,1 |  |
| 08.06 | 4,2 | 6,2 | 6,3 | 6,4 |  |
| 10.06 | 3,2 | 6,8 | 8,3 | 7,6 |  |
| 13.06 | 3,9 | 6,5 | 5,7 | 7,7 | 6,8 |
| 14.06 | 5,1 |  |  |  |  |
| 15.06 | 5,9 |  |  |  |  |

15.06.18 Окулист: VIS OD= 0,01 н/к Жалобы на ухудшение зрения на ОД, появление черных «нитей» перед ОД сегодня утром. ОД: в стекловидной теле кровь. Гл.дна не видно. Д-з: Рецидивирующий гемофтальм. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после витрэктомии. Артифакия ОД. Тракционная отслойка сетчатки ОД. Вторичная глаукома. Осложненная катаракта OS. Р-но: лечение в условиях гл.отделения (больная лечится в центре «Зіниця»г.Днепр.от предложенной госпитализации в отд.МХГ ЗОКБ отказалась).

05.06.18 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

07.06.18Кардиолог: Симтоматическая артериальная гипертензия II ст

Рек. кардиолога: хипотел 40-80 мг.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

11.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

07.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. спаечная болезнь брюшной полости.

11.05.18РВГ: 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 незначительно нарушена.

12.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2-3ст ; застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника. Мелких конкрементов в единственной левой поче без нарушения урокинетики

05.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,3 см3; лев. д. V = 7,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумадар Р100Р, диаформин, тонорма, эналаприл, карведилол, асафен, нуклео ЦМФ, неогабин, берлитион.

Состояние больного при выписке: В связи с прибавкой в весе пациентке отменен Хумодар Р100Р, В связи с ночными гипоглимкемическими состояниями значительно уменьшены дозы вводимого Хумодара Б100Р, на фоне чего отмечается нормализация показателей гликемии. Отмечает уменьшение болевого синдрома в конечностях. У пациентки на фоне назначенной гипотензивной терапии АД было в пределах 120-140/80мм.рт.ст, однако ночью 15.06.18 у пациентки повысилось АД, самостоятельно приняла фенигидин, за мед помощью не обратилась, после чего утром отметила резкое ухудшение зрения на ОД, осмотрена окулистом: Рецидивирующий гемофтальм,рекомендована ургентная госпитализация в отделение МХГ ЗОКБ, однако пациентка от госпитализации отказалась (планирует лечение в г.Днепр «Зіниця»). Выписивается.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, окулиста 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 < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-32-34 ед., п/уж -18-20 ед.
5. ССТ: метформин (диаформин, глюкофаж, сиофор, мефармил) 1000 мг 1 т 2р/д
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 1т 2р/д, карведилол 12,5 по ½ т 2р/д, амлодипин 10 мг вечером. Коньроль АД.
9. преп. а-липоевой к-ты (берлитион) 600 мг 1 т утром 2-3 мес, неогабин 75 мг 1 т 2р/д, нуклео 1т 3р/д-1 мес.
10. УЗИ щит. железы , ТТГ 1р. в год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.