#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 825

##### Ф.И.О: Ягнен Ольга Сергеевна

Год рождения: 1951

Место жительства: г. Запорожье ул. Чаривная 38а - 11

Место работы: пенсионер

Находилась на лечении с 06.18 . по  26 .06.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Миопия высокой степени. Состояние после ППЛК ОИ. Ожирение III ст. (ИМТ 41 кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующее течение. Узловой зоб I ст, узел правой доли, эутиреоидное состояние. ИБС: стенокардия напряжения ФК II, диффузный кардиосклероз. Аортальный порок сердцаСН II А ФК. II. Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный тип, активерсть II, РГ II НФСII.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, увеличение веса на 12 кг за год,

ухудшение зрения, боли , онемение ног, снижение чувствительности в н/к, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, давящие боли в области сердца на фоне повышения АД, отеки голеней и стоп, боли и огранчиение подвижности в суставах кистей, стоп, плечевых суставах, л/запясных и голеностопных, чувство распирания в животе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. С начала заболевания принимала ССП. (сииофор, диабетон).В 11.2016 во время стац лечения в ревматологич. отд. ЗОКБ на фоне приема метипреда в связи с декомпенсацией была назначена инсулинотерапия Фармасулин Н. Из-за неправильного введения после выписки возникла гипогликемическая кома, была госптализирована в ГКБ №4, где был назначен Инсулар актив, Инсулар стабил. В наст. время принимает: Инсулар актив п/з- 10ед., п/у- 8ед., Инсулар стабил. п/з 30 ед, п/у 16 ед. НвАIс - 9,3% от 22.05.18 . Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает вазар 320 ½ т 2р/д, бисопролол 10 мг ½ 2р/д, магникор 5 мг веч, Страдает ИБС, стенокардией напряжения. 2006г- холецитэктомия (ЖКБ). 1983, 1987г-кесарево сечение. С 2012г- РА, серопозитивный, полиартрит. Получала базисную терапию метотрексатом, однако в связи с развитием рожитого воспаления на левой голени получала массивную а/б- терапию, что привело к развитию лекарственного гепатита. В связи с нарастанием печеночных трансаминаз цитостатики были отменены, был назначен метипред 4 мг в сутки, на фоне чего отмечала прибавку в весе и ухудшение контроля гликемии.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 14.06 | 132 | 4,0 | 4,0 | 35 | |  | | 1 | 1 | 52 | 43 | | 3 | | |
| 22.06 |  |  |  | 37 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| 25.06 | 120 | 3,6 | 3,8 | 39 | | 200 | | 1 | 1 | 50 | 45 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 14.06 | 91,6 | 4,8 | 1,6 | 1,12 | 2,9 | | 3,3 | 5,0 | 72 | 14,6 | 3.6 | 2.4 | | 0.24 | 0.73 |
| 25.06 |  |  |  |  |  | |  |  |  | 11,1 | 2,6 | 2,2 | | 0,46 | 0,42 |

19.06.18ТТГ – 2,59 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 10 (0-30) МЕ/мл

19.06.18 С-реактивный белок – отр (качеств)

25.06.18 С-реактивный белок – 4,1 мг/л (0-5) Ревматоиидный фактор – 5,3 (0-14) МЕ/мл

14.06.18 К – 3.83 ; Nа – 1.40 Са++ -1.19 С1 - 98 ммоль/л

### 14.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1/2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. – 1-2-3 в п/зр, упетральный-0-2-3 в п/з

18.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - 3000 белок – отр

15.06.18 Суточная глюкозурия –0,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия –273,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.06 | 5,6, | 6,1 | 8,2 | 11,0 |  |
| 17.06 | 7,9 | 11,3 | 14,4 | 9,9 | 14,2 |
| 20.06 | 7,1 | 11,2 | 5,7 | 11,6 | 6,8 |
| 24.06 | 5,7 | 8,2 | 8,9 | 8,5 | 8,8 |

19.06.18 Окулист: В 20018 произведено ППЛК на ОИ. Начальные помутнения в хрусталике . ДЗН бл розовый - ансиоксклероз, с-м Салюс 1 сосуды, неравномерного калибра, сосуды извиты. В заднем полюсе перегрупировка пигмента. Д-з: Ангиопатия сосудов сетки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Миопия высокой степени. Состояние после ППЛК ОИ. Р-но: осмотр сетчатки ОИ с линзой Гольдмана.

13.06.18 ЭКГ: ЧСС - 57уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ.

26.06.18Кардиолог: ИБС, стенокардия напрядения II ф. кл. диффузный кардиосклероз, аортальный порок сердца. СН II А. ф .кл II . Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р/д , предуктал MR 1т 2р/д, трифас 10 мг 1р/д, триплексам 10/2,5/10 1т 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

19.06.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

26.06.18 Ревматолог: Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный тип, активерсть II, РГ II НФСII. Р-но: Лефно 20 мг /сутки –длительно, контроль печеночных проб каждые 4 недели -3 месяца, осмотр ревматолога через 12 недель, РГ кистей и стоп.

06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

20.08.16 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; функционального раздражения кишечника.

13.06.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,3 см3; лев. д. V = 7,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В пр доле в /3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,7\*1,4 см. с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Узел правой доли.

Лечение: мефармал, Инсулар стабил, Инсулар Актив, фуросемид, канефрон, газоспазам, торадив, вазар, бисопролол, магникор, индопрес, неогабин, тиолипон турбо, метипред 4 мг, милдракор.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, несколько уменьшились боли и отеки н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

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: Инсулар Актив п/з-4-6 ед., п/уж -4-6 ед.,
5. Инсулар Стабил п/з-34-36 ед., п/уж -16-18 ед.,
6. ССТ: метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 мг 1т. \*2р/сут.
7. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
8. Гипотензивная терапия: вазар 160 мг 1 т 2р/д , индапрес (индап) 2,5 мг утром, бисопроло 5-10 мг под контролем АД. ЧСС (или с гипотензивной целью: триплексам 10/2,5/10 1т 1р/д) лоспирин 75 1 т. вечер. Трифас 10 мг 1 т утром через день. Предуктал МR 1 т 2р/д.
9. Альфа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес.
10. Соблюдение рекомендаций ревматолога (см.выше)
11. УЗИ щит. железы , ТТГ 1р/год. ТАПБ узла в плановом порядке с последующей консультацией эндокринолога по м/ж. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
12. Канефрон 2т. \*3р/д. - мес Контроль ан. мочи по Нечипоренко, контроль СОЭ в динамике через 1 мес.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.