#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 990

##### Ф.И.О: Коссе Татьяна Николаевна

Год рождения: 1957

Место жительства: Пологовский р-н, с. Константиновка ул. Победы 81

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 22.08.16 по 01.09.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, атеросклеротическая), вестибуло-атактический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН II А. ф. кл II. Ожирение II ст. (ИМТ 36 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, дискомфорт в перкардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Фармасулин НNР22.00 – 12 ед. (Со слов больной при приеме препаратов метформинового ряда –тошнота ,жидкий стул) Гликемия –10-14 ммоль/л. . Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.08.16 Общ. ан. крови Нв –124 г/л эритр –3,8 лейк – 5,7 СОЭ – 23 мм/час

э-0 % п- 0% с-64 % л- 30 % м- 6%

23.08.16 Биохимия: СКФ – 77,8мл./мин., хол –4,7 тригл -2,41 ХСЛПВП -0,788 ХСЛПНП -2,7 Катер -4,3 мочевина –7,17 креатинин –94 бил общ –3,6 бил пр – 3,6 тим –6,03 АСТ – 0,14 АЛТ –0,12 ммоль/л;

26.08.16 Глик. гемоглобин 8,6 %

### 23.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк –всё п/зр белок – 0,057 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -много в п/зр

25.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр - белок – отр

29.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр - белок – отр

25.08.16 Суточная глюкозурия – 1,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 26.08.16 Микроальбуминурия –59,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.08 | 7,6 | 11,1 | 8,9 | 11,1 |
| 25.08 | 11,3 |  | 7,4 | 9,7 |
| 27.08 | 10,4 | 11,3 |  | 9,1 |
| 30.08 | 7,4 | 5,3 | 5,6 | 8,3 |

22.08.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, атеросклеротическая), вестибуло-атактический с-м

26.08.16 Окулист: Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, извиты, склерозированы, вены полнокровны. Салюс I-II. В макулярной области рефлекс сглажен. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

25.08.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

23.08.16Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН II А. ф. кл II. См- ВСД

31.08.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

22.08.16 Хирург данных за хирург .патологию нет

26.08.16РВГ: Нарушение кровообращения Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон.

31.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8 см3; лев. д. V =6,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с небольшим количеством мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, диалипон,солкосерил ,витаксон ,лозап ,трифас, предуктал МR,аспирин кардио ,канефрон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Пациентка от коррекции схемы инсулинотерапии (перевод на 2-х кратный режим категорически отказалась).На тыльной тыльной поверхности V пальца правой стопы дефект кожи с признаками грануляции.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,кардиолога ,окулиста ,хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 14ед., п/о-12 ед., п/уж - 12ед., 22.00 Фармасулин НNР-14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д ,предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., трифас 5 мг 1 р /день-1 нед Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога:дуплекс МАГ в плановом порядке,повторный осмотр невропатолога после дообследования.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Определить ТТГ ,св Т4 ,АТк ТПО ,осмотр эндокринолога с результатами.
12. Рекомендации хирурга –продолжить перевязки с бетадином на обл тыльной поверхности V пальца правой стопы.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.