#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1292

##### Ф.И.О: Сафонова Татьяна Викторовна

Год рождения: 1970

Место жительства: Энергодар ул. Казацкая 14а корп – 2 кв - 17

Место работы: Управление образования Энергодарского городского совета. ДУЗ № 5

Находился на лечении с 24.10.16 по 07.11.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ишемия н/к II ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия I, преимущественно в ВБС, венозно-ликворная дисфункция. С-м вестибулопатии. Вертеброгенная люмбоишалгия слева, мышечно-тонический, умеренный болевой с-м. Хронический двухсторонний сальпингоофорит, стадия обострения. Хр. цервицит. CINT . Генитальный эндометриоз (аденомиоз). Диффузный зоб II ст. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног и рук, снижение чувствительности, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., приступы сердцебиений. Периодические гипогликемические состояния в различное время суток, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (сиофор, амарил). С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Фармасулин 30/70 п/з-52-54 ед., п/у-28-30 ед, сиофор 1000 2р/д.Гликемия –10-11 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 5лет. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает индапрес, амприл 5 мг, диакордин 90 мг 2р\д . Диффузный зоб с 2012. ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –17 (0-30) МЕ/мл от 2012 Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.10.16Общ. ан. крови Нв –148 г/л эритр –4,5 лейк –8,5 СОЭ –15 мм/час

э-2 % п- 2% с- 69% л- 20 % м- 7%

25.10.16 Биохимия: СКФ –101 мл./мин., хол –6,6 тригл -3,35 ХСЛПВП – 0,96 ХСЛПНП -4,1 Катер -5,9 мочевина –5,3 креатинин –82,4 бил общ –12,5 бил пр –3,1 тим –7,6 АСТ – 0,42 АЛТ – 0,50 ммоль/л;

25.10.16 Глик. гемоглобин -9,7 %

25.10.16 Анализ крови на RW- отр

28.10.16ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл

28.10.16 К – 3,63 ; Nа –136 Са – 2,16 ммоль/л

### 25.10.16 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ум в п/зр соли оксалаты

28.10.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – отр

27.10.16 Суточная глюкозурия – 2,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 28.10.16 Микроальбуминурия –128 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.10 | 11,2 | 13,2 | 9,7 | 6,2 | 6,8 |
| 27.10 | 8,3 | 10,2 |  |  |  |
| 30.10 | 8,1 | 5,7 | 8,7 | 6,7 | 5,7 |
| 01.11 2.00-8,0 | 8,9 |  |  |  |  |
| 04.11 | 9,3 | 6,7 | 6,3 | 4,5 | 4,8 |
| 05.11 | 6,6 |  |  |  |  |

24.10.16 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, преимущественно в ВБС, венозно-ликворная дисфункция. С-м вестибулопатии. Вертеброгенная люмбоишалгия слева, мышечно-тонический, умеренный болевой с-м.

Окулист: VIS OD=0,1-1,5=0,6 OS= 0,1-1,5=0,8

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склеротические изменения Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

24.10.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовая тахикардия. Эл. ось не отклонена. неполная блокада ПНПГ.

01.11.16 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ишемия н/к II ст.

25.10.16Гинеколог: Хронический двухсторонний сальпингоофорит, стадия обострения. Хр. цервицит. CINT . Генитальный эндометриоз (аденомиоз).

25.10.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

02.11.16Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.11.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; увеличением размеров селезенки

24.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,4 см3; лев. д. V =11,6 см3

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

Лечение: Фармасулин 30/70 сиофор, тиогамма турбо, мильгамма, олфен, мидокалм, нейродар, индапрес, амприл, диакордин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин 30/70 п/з- 52-54ед., п/уж -30-32 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Амприл 5 мг утром, индапрес 2,5 мг утром, диакордин 90 мг 1т 2р\д. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
6. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 1т 2р\д 1 мес.
7. Йодомарин 200 мкг 1т утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, оптикс форте 1т 1р\д
9. Б/л серия. АГВ № 235487 с 24.10.16 по 07.11.16. К труду 08.11.16.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.