#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1056

##### Ф.И.О: Сало Татьяна Васильевна

Год рождения: 1959

Место жительства: Приазовский р-н, пгт. Приазовское ул. Кирова 2

Место работы: н/р

Находился на лечении с 06.08.16 по 09.09.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Осложненная катаракта. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ. ИБС, стенокардия напряжения, 1- II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Вазомоторный ринит. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб 0-1. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние.

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 160/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы отрицает. С начала заболевания соблюдала диету. С 2004 ССТ (амарил, сиофор, Диабетон MR). В связи с отсутствием компенсации с 2007 - инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ., но в связи с увеличением веса, отсутствием компенсации переведена на Лантус. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з- 7ед., п/о-6 ед., Лантус п/з – 6 ед. Гликемия – 7,2-12,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 18 лет. АИТ с 2006 АТТПО – 1228 мМЕ/мл (0-30) от 2011.Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.09.16 Общ. ан. крови Нв –119 г/л эритр –3,6 лейк –4,9 СОЭ –32 мм/час

э-4 % п-0 % с- 68% л- 23 % м- 5%

07.09.16 Биохимия: СКФ –59,4 мл./мин., хол –4,5 тригл -1,36 ХСЛПВП -1,36 ХСЛПНП -1,76 Катер -2,3 мочевина –5,56 креатинин –3,0 бил общ –3,0 бил пр –2,3 тим – 12,4 АСТ – 0,51 АЛТ – 1,18 ммоль/л;

### 07.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед эпит. перех. - ед в п/зр

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

09.09.16 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 09.09.16 Микроальбуминурия –25,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.09 | 14,8 | 13,2 | 12,1 | 11,9 |  |
| 09.09 | 9,1 | 13,5 | 14,7 | 14,6 |  |
| 12.09 | 8,3 | 10,2 | 11,2 | 9,0 | 8,9 |
| 15.09 | 5,8 | 9,5 | 5,6 | 8,8 | 7,4 |

07.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1. Астеноневротический с-м

07.09.16Окулист: VIS OD=0,08 с кор =0,2 OS= 0,08 с кор 0,6 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Д-з: Осложненная катаракта Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

14.09.16Окулист (повторно): сетчатки прилежит, отслойка стекловидного тела. VIS OD=0,09сф-5,5д =0,9-1,0 OS= 1,1сф – 6,0 =1,0 В хрусталике начальное помутнение. В стекловидном теле плавающие помутнения. На гл дне ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:2 сосуды сужены. Извиты, склероз, вены полнокровны с-м Салюс 1-II. микроаневризмы, в макулярной области депигментация. Д-з: Осложненная катаракта Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ.

06.9.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево.

12.09.16Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1- II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

15.09.16 ЭХО КС: КДР-4,98 см; КДО- 117,0мл; КСР-3,45 см; КСО- 49,1мл; УО- 67,8мл; МОК-4,9 л/мин.; ФВ- 58%; просвет корня аорты -3,95 см; ПЛП – 3,45 см; МЖП – 0,94 см; ЗСЛЖ – 0,99см; По ЭХО КС: Уплотнение аорты, АК, МК, митральная регургитация 1 ст.

08.09.16РВГ: Нарушение кровообращения II- ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

12.09.16 ЛОР: Вазомоторный ринит

16.09.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст с увеличением её размеров, диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита, функционального раздражения кишечника.

12.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5см3; лев. д. V =4,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В левой доле в /3 гидрофильный узел 0,63 см с четки ровными контурами. Справа визуализируются подмышечные и подчелюстные л/узлы до 1,1\* 0,53 см. обычной эхоструктры. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли. Лимфоаденопатия.

Лечение: Лантус, Инсуман Рапид, эналаприл, оптикс форте, офтам катахром, йодистый калий.

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: Инсуман Рапид п/з-12-13 ед., п/о-12-13 ед., п/уж -10-11 ед., Лантус п/з 64-66 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии
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\дпредуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., небивалол 5 мг\сут. арифон ретард (индапрес, индап) 1т утром. при недостаточном снижении АД престариум 5-10 мг\сут. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: КАГ.
8. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: бифрен 1т 3р/д до еды 2 нед., затем 1т 2р\д до еды 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д, оптикс форте 1т 1р\д
12. Наблюдение хирурга по м\ж по поводу лимфоаденопатии.
13. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.