#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 678

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

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Энергодар ул. Козацкая 17а –корп II кв -17

Место работы: Управление образования ЭГС ДУЗ № 5 воспитатель, инв Ш гр

Находился на лечении с 08.05.17 по 19.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIV ст. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб II, Эутиреоидное состояние. ДЭП 1, преимущественно ВБС, венозно-ликворная дисфункция. С-м вестибулопатии.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/95 мм рт.ст., головные боли, снижение памяти

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2011 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию Фармасулин Н 30/70 +сиофор. В наст. время принимает: Фармасулин Н 30/70 п/з-54 ед., п/у-34 ед. Сиофор 1000 2р/д, Гликемия –13,9-14,2 ммоль/л. НвАIс - 9 % от 27.04.17. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 5 мг, диакордин 90 мг, В 2011г выявлен диффузный зоб, эутиреоидное состояние. ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) АТТПО – 17 (0-30) от 2012. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 10.05 | 148 | 4,4 | 6,5 | 25 | 0 | 1 | 72 | 24 | 3 |
| 18.05 |  |  |  | 12 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 10.05 | 104, | 5,2 | 1,9 | 0,9 | 3,4 | 4,8 | 4,3 | 80,3 | 10,8 | 2,7 | 2,6 | 0,32 | 0,33 |

10.05.17 Анализ крови на RW- отр

12.05.17ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/мл

### 10.05.17 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 15-20в п/зр белок – 0,154 ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. –ед в п/зр

11.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – 0,030

16.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,021

10.05.17 Суточная глюкозурия – 1,9%; Суточная протеинурия – 0,061

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 09.05 | 8,2 | 11,7 | 11,2 | 8,6 |
| 10.05 | 8,8 | 10,2 | 10,4 | 11,0 |
| 11.05 | 9,9 |  | 9,1 | 11,8 |
| 13.05 | 9,0 | 9,1 | 10,7 | 7,6 |
| 16.05 | 10,6 | 15,4 | 6,0 | 6,0 |
| 17.05 | 9,5 | 8,6 |  |  |
| 18.05 | 10,0 | 11,2 |  |  |
| 19.05 |  |  |  |  |

08.0517Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) хроническое течение. ДЭП 1, преимущественно ВБС, венозно-ликворная дисфункция. С-м вестибулопатии.

11.05.17Окулист: VIS OD=0,1сф – 2,0д=1,0 OS= 0,1сф – 2,0=1,0 ; Факосклероз. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. височная деколорация, А:V 1:2, артерии сужены местами спазмированы, вены полнокровны, ед. микроаневризмы. В макуле депигментация. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

08.05.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

11.05.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.05.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст. СДС 1 ст. смешанная форма. трофическая язва IV левой стопы в ст. регенерации,1ст по Вагнеру.

10.05.17РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

10.05.17Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

24.01.17УЗИ 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: амлодипин, эналаприл, хемопамид, сиофор, каптоприл, Фармасулин Н, Фармасулин НNP, кортексин, Фармасулин Н 30/70.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, 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 Н п/з- 30-32ед., п/о- 24-26ед., п/уж – 24-26ед., Фармасулин НNP п/у 32-34 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. Эналаприл 10 мг 2р/д, индапамид 1,5 мг утром, амлодипин 10 мг веч. Контр. АД.
5. Рек. невропатолога: кортекисн 10 мг в\м № 10 арлеверт 1т 3р\д 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. йодомарин 200 мкг 1т утром 3 мес .
7. Б/л серия. АГВ № 2357 с 08.05.17 по 19 .05.17. к труду 20.05.17 (продолжение б/л АДГ № 485682 с24.04.17 по 08.50.17)

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.