#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 874

##### Ф.И.О: Бондар Татьяна Михайловна

Год рождения: 1970

Место жительства: Ореховский р-н, с. Луговое, ул. Ленина 20

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 14.07.14 по 24.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к и в/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генез (диабетическая, гипертоническая). Вестибуло-атактический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Идиопатический гипотиреоз, впервые выявленный, средней тяжести. Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Неалкогольная жировая дистрофия печени. Гипомоторная дискинезия ЖВП.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 240 мм рт.ст., головные боли, нарушение сна..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2010 в связи с декомпенсацией переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-14 ед.,, п/у- 6ед., Фармасулин НNР Н п/з-46 ед., п/у- 36ед., Метамин SR 500. Гликемия –7,6-16,8-11,3 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. АТ ТПО –12,4 (0-30) МЕ/мл АТ ТГ – 18,7 (0-100) МЕ/л; от 2012. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.07.14 Общ. ан. крови Нв – 119 г/л эритр – 3,7 лейк –6,1 СОЭ –33 мм/час

э-0 % п- 0% с- 63% л- 35 % м- 2%

17.07.14 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр – 4,3 СОЭ –18 мм/час

15.07.14 Биохимия: СКФ –94 мл./мин., хол –5,53 тригл -2,36 ХСЛПВП – 1,14ХСЛПНП -3,31Катер -3,8 мочевина –5,9 креатинин – 83 бил общ –17,7 бил пр –4,2 тим –3,2 АСТ – 0,39 АЛТ – 0,65 ммоль/л;

18.07. ТТГ – 14,5 (0,3-4,0) Мме/л

### 15.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

17.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

17.07.14 Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 18.07.14 Микроальбуминурия –289,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.07 | 5,8 | 8,4 | 8,7 | 16,5 |
| 16.07 |  |  |  | 6,8 |
| 17.07 | 4,1 | 9,7 | 8,2 | 9,1 |
| 19.07 | 7,4 | 14,3 | 5,8 | 9,4 |
| 21.07 |  | 6,4 | 6,1 | 10,4 |
| 22.07 |  | 12,9 | 11,5 |  |
| 23.07 | 6,0 | 9,5 | 7,4 | 7,0 |

16.07Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к и в/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генез ( диабетическая, гипертоническая) Вестибуло-атактический с-м.

14.07.Окулист: VIS OD=0,2 OS= 0,2 ;

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.07ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Частые желудочковые экстрасистолы.

18.07.14 Р-скопия ЖКТ: Косвенные признаки хр панкреатита.

18.07Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева – .1,2 Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

15.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.07Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Неалкогольная жировая дистрофия печени. Гипомоторная дискинезия ЖВП.

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

18.07Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий: Заключение: Эхопризнаки резко выраженной макроангиопатии о гипертоническому атеросклеротическому типу. Снижение ЦВР мозговых сосудов.

19.07.Дупл сканирование артерий н/к: Диабетическая ангиопатия н/к.

18.07УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу дистрофии 1 ст.; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, Нельзя исключить наличие микролитов в почках, косвенные признаки левостороннего хронического пиелонефрита.

14.07УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле в в/3 расширенный фолликул 0,35 см. . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, эналаприл амлодипин, бисопролол, кардиомагнил, физиотенс, торвакард, омепразол, панкреатит метамин SR, индапрес, розувастатин, диалипон. Лира, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-140/80мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з-44-46 ед., п/уж – 28-30ед., Фармасулин Н п/з 14-16 ед, п/у 6-8 ед.

Метамин SR (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*утром

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 10 мг 2р\д, амлодипин 10 мг в обед, бисопролол 5 мг веч, физиотенс 0,2 мг утром и 0,4 мг веч., кардиомагнил 1 т. вечер., индапрес 2,5 мг утр. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Рек. невропатолога: повторный осмотр.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ конт ч/з 2-3 мес. L-тироксин 25 мкг утром
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, урсохол ( урсосан) 250 мг 2к на ночь – 2 мес., панзинорм 20.000 1т 3р/д с едой – 14 дней; меверин 1к 2р/д перед едой 10-14 дней.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.