#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 752

##### Ф.И.О: Игнатович Любовь Михайловна

Год рождения: 1960

Место жительства: Гуляйпольский р-н, с. Воздвиженовка, ул. Чапаева 76

Место работы: н/р

Находился на лечении с 16.06.14 по 26.06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП IIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Диабетическая энцефалопатия I, астеновегетативный с-м, цефалгический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Остеоартроз коленных с-вов Rо I-П СФН I. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с ферментативной недостаточностью функции поджелудочной железы. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м. Полинодозный зоб 1 ст, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 16 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150 мм рт.ст., головные боли,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Гипогликемии до 1р/нед. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 инсулинотерапия в связи с декомпенсацией. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 18ед., п/у-10 ед. Инсуман Рапид п/з- 2ед., п/у-4ед. Гликемия –7,0-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 4-5 лет. Из гипотензивных принимает каптопресс. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.06.14 Общ. ан. крови Нв – 144 г/л эритр – 4,3 лейк –11,2 СОЭ – 19 мм/час

э-3 % п-8 % с-68 % л- 17 % м-4 %

17.06.14 Биохимия: СКФ –80 мл./мин., хол –5,72 тригл – 1,84ХСЛПВП -1,74 ХСЛПНП -3,96 Катер -5,2 мочевина –5,0 креатинин –79 бил общ –9,8 бил пр –2,4 тим – 2,1 АСТ – 0,31 АЛТ –0,16 ммоль/л;

17.06.14 С- реакт бело - отр

17.06.06.14 Анализ крови на RW- отр

20.06.14ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –20,2 (0-30) МЕ/мл

### 17.06.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. много- ; эпит. перех. - многв п/зр

19.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - 250 белок – отр

18.06.14 Суточная глюкозурия –0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.06.14 Микроальбуминурия –43,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.06 | 7,8 | 8,6 | 5,6 | 8,5 |
| 19.06 | 6,6 | 8,7 | 6,5 | 7,7 |
| 23.06 | 6,5 | 7,5 | 6,7 | 6,2 |

20.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. Диабетическая энцефалопатия I, астеновегетативный с-м, цефалгический с-м.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

16.06ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

18.06Ревматолог: Остеоартроз коленных с-вов Rо I-П СФН I.

18.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.06Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремисии ферментативной недостаточностью функции поджелудочной железы. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м.

17.06.14 Р-скопия ЖКТ: Хронический гастродуоденит. Признаки хр панкреатита.

17.06.14 Р-гр кол-х суставов признаки явления ДОА П ст.

17.06РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

17.06Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

16.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V =5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с множественными расширенными фолликулами до 0,38 см. В пр доле у заднего контура изоэхогенный узел с мелким гидрофильным ободком 0,74 см. В лев. доле у заднего контура такой же узел 0,67 см. В с/3 левой доли коллоидная киста 0,62 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Мелкие узлы обеих долей.

Лечение: эналаприл, омепразол, медитан, аторвастатин, панкреатин, вис-нол, диалипон, витаксон, солкосерил, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, энтероспазмил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 20-22ед., п/уж -10-12 ед., Инсуман Рапид п/з 2-4 ед ( при необходимости) п/у -5-7 ед .

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 (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес..
6. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 2,0 в/в № 10 затем 1т. \*2р/д 20 дней.
7. УЗИ щит. железы через 3-4 мес. ТТГ 1р в год
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, энтероспазмил по 1т 3р\д 2 нед, панкреатин 8тыс, по т 3р/д во время еды, вис-нол по 2т 2р\д за 30 мин до еды 2 нед.
10. Рек. ревматолога: ограничение физ нагрузки на суставы, структум 500 мг 2/д – месс. При болях аркоксия 90 мг 1р\д 7 дней, местно бифлекс крем 2р/д 10 дней, лазеро-, магнитотерапия на суставы № 10.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.