#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1389

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

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Энергодар, ул. Козацкая 17а, корпус 2 -17

Место работы: Управление образование Энергодарского Совета, Дошкольное учебное заведение №5, воспитатель.

Находился на лечении с 28.10.13 по 08.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I преимущественно в ВБС. Венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Вестибуло-атактический . Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 3. Ожирение I ст. (ИМТ 30,9 кг/м2) алиментарно-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб 1 . Эутиреоидное состояние. Хронических холецистит. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз. Хронический гастрит в ст. обострения ассоциированный с H-pylori.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2012 в связи с декомпенсацией переведена инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 42ед., п/у- 24ед. Сиофор 1000 2р/д. Гликемия –6,7-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. 2012- АТТПО – 17,1, ТТГ 0,9. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.10.13Общ. ан. крови Нв –155 г/л эритр –4,7 лейк –8,7 СОЭ –18 мм/час

э- 0% п- 2% с- 75% л- 21 % м-2 %

29.10.13Биохимия: СКФ –112 мл./мин., хол –5,53 тригл – 2,23ХСЛПВП -1,04 ХСЛПНП – 3,47 Катер -4,31 мочевина – 4,1 креатинин – 77 бил общ –10,0 бил пр – 2,1 тим –5,2 АСТ –0,24 АЛТ –0,60 ммоль/л;

24.10.13Глик. гемоглобин – 8,6%

29.10.13Анализ крови на RW- отр

04.11.13 ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/л

### 29.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 29.10 | 7,7 | 9,5 | 7,8 | 11,0 |
| 31.10 | 7,8 | 7,7 |  | 7,4 |
| 03.11 | 6,5 | 10,5 | 10,2 | 9,3 |
| 06.11 | 5,7 | 6,7 | 10,2 | 9,5 |
| 07.11 |  |  | 7,6 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I преимущественно в ВБС. Венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Вестибуло-атактический

Хелик-тест НР положительный.

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

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены полнокровны. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ЛЖ.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 3.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

Гастроэнтеролог: Хронических холецистит. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гепатоз. Хронический гастрит в ст. обострения ассоциированный с H-pylori.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

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

30.10.13 Р-скопия ЖКТ: Хронический гастрит, Хронический панкреатит.

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

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением размеров селезенки; застоя в ж/пузыре,

Дупл сканирование брахиоцефальных артерий: (данные на руках)

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,4 см3; лев. д. V = 10,9см3

Перешеек – 0,58см.

По сравнению с УЗИ от 10.13. размеры щит. железа прежние. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналаприл сиофор, розувастатин, диакарб, аспаркам, диалипон, солкосерил, витаксон, L-лизин, Фармасулин НNР.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з-48-50 ед, п/у 23-30 ед.,

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

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) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: эналаприл 10 мг \*2р/д.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: диакарб 25 мг 1т 1р в 3 дня № 6. ( в день приема аспаркам 1т 3р/д), вазонит 600 1т утром.
6. УЗИ щит. железы ,ТТГ 1р. в год.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.,
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, укрлив 1т 2р/д -1 ес; Де-нол 2т 2р/д за 30 мин до еды 2-4 нед.; эзолонг 20 мг 1п 2р/д за 1 час до еды. Контроль дыхательного теста.
9. Б/л серия. АГВ № 234111 с 28.10.13 по 08.11.13. К труду 09.11.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.