#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1205

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

Год рождения: 1970

Место жительства: Ореховский р-н, Луговое, Ленина 20

Место работы: Инв Ш.

Находился на лечении с 24.09.13 по 04.10.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма. Дисциркуляторная диабетическая энцефалопатия I. Цефалгический с-м на фоне венозно-ликворной дисфункции. ДДПП на шейно-грудном уровне, вторичная цервико-брахиалгия. Хронический панкреатит с нарушением внешне и внутресекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гепатоз. НФП 0-1 т. Хронический гастродуоденит с болевым с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2009г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП . С 2010 - инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-10 ед., п/у- 46ед., Фармасулин НNР 22.00. Гликемия –7,0-10,0 ммоль/л. НвАIс -9,4 %. Последнее стац. лечение в 2012г. 15.07.13 – ТТГ – 1,69; т4 св – 1,20. 2012 АТТПО 12,4 АТТГ -18,7. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.09.13Общ. ан. крови Нв – 124г/л эритр – 3,9 лейк –6,4 СОЭ –24 мм/час

э- 0% п- 1% с- 71% л- 25 % м- 3%

25.09.13Биохимия: СКФ –107 мл./мин., хол –4,9 тригл -1,7 ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП -3,02 Катер 3,45 мочевина –3,4 креатинин – 69 бил общ –17,4 бил пр –4,3 тим –3,2 АСТ – 0,26 АЛТ –0,46 ммоль/л;

### 25.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

27.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – отр

26.09.13Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – отр

##### 27.09.13Микроальбуминурия – 264,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.09 | 7,0 | 13,0 | 11,0 | 10,5 |
| 26.09 2.00-5,7 | 6,4 |  |  |  |
| 27.09 | 4,8 | 7,1 | 8,1 | 7,9 |
| 30.09 | 5,8 | 5,9 | 12,9 | 9,9 |
| 01.10 |  |  | 7,8 |  |
| 02.10 | 5,4 | 5,7 | 9,0 | 12,8 |
| 03.10 |  | 10,5 | 6,1 | 6,2 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма. Дисциркуляторная диабетическая энцефалопатия I. Цефалгический с-м на фоне венозно-ликворной дисфункции. ДДПП на шейно-грудном уровне, вториначная цервико-брахиалгия.

Окулист: VIS OD= 0,2 OS= 0,2 ; ВГД OD=20 OS=22

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

ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.9.2013 Хелик-тест: НР положит.

Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит с нарушением внешне и внутресекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гепатоз. НФП 0-1 т. Хронический гастродуоденит с болевым с-м

27.09.13Р-скопия ЖКТ: Хронический гастрит, хронический панкреатит

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

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

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3см3; лев. д. V = 5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры не ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: виснол, моторикс, кардиомагнил, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, эналаприл, бисопролол, торвакард, витаксон, индапрес, метамин SR, диалипон, актовегин, пирацетам, рантак, физиотенс, омепразол, панзинорм, фармадипин.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-14-16 ед.,, п/у- 8-10ед., Фармасулин НNР п/з 46-48 ед, п\у 34-36 ед.

Метамин SR 500 1т веч.

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. Эналаприл 20 мг 2р/д, физиотенс 0,2-0,4мг 1т веч, кардиомагнил 75мг 1 т. вечер, торвакард 10 1т веч. Контр. АД, липидограммы.
3. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
4. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
5. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, галстена по 10 кап. \*3р/д. за 20 мин. до еды 1 мес., вис-нол 2т 2рд за 30 мин до еды – 2 нед, экритол 1т\*3р/д во время еды 2 нед., моторикс 1т 3р/д 2 нед., эзолонг (омепразол) 20мг 2р/д 1 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.