#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1271

##### Ф.И.О: Игнатова Александра Николаевна

Год рождения: 1954

Место жительства: Токмацкий р-н, Токмак, Грешунова 49

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 07.10.13 по 17.10.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, на фоне стенозирующего атеросклероза МАГ. Венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Мигренозные пароксизмы. Смешаный зоб I, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 5 кг за 3 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, повышение АД макс. до 170/140 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2006 – инсулинотерапия в связи с декомпенсацией заболевания.

В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 30ед., п/у-20 ед. метамин SR500

Гликемия –9,0-11,0 ммоль/л. НвАIс -9,0 % от 10.09.13. Последнее стац. лечение в 2010г. ТТГ 23.08.11 – 2,86. Гипертония более 3 лет. Узловой зоб 1 ст с 2011. АТТГ – 8,2, АТТПО – 10,2 (0-30). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.10.13Общ. ан. крови Нв – г/л эритр – лейк – СОЭ – мм/час

э- % п- % с- % л- % м- %

08.10.13Биохимия: СКФ –112 мл./мин., хол –6,54 тригл -3,07 ХСЛПВП -1,12 ХСЛПНП -4,02 Катер -4,83 мочевина –6,4 креатинин –66 бил общ –10,8 бил пр –2,7 тим –2,8 АСТ –0,43 АЛТ – 0,17 ммоль/л;

08.10.13Анализ крови на RW- отр

### 08.10.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

11.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

09.10.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 11.10.13Микроальбуминурия –23,9 мг/сут

ТТГ взят

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 08.10 | 8,7 | 7,2 | 7,0 | 5,2 |
| 11.10 | 6,2 | 7,1 |  |  |
| 14.10 | 4,6 | 4,3 | 5,8 | 6,5 |
| 16.10 | 5,7 | 4,7 | 6,7 | 8,0 |
| 17.10 |  | 7,3 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II, на фоне стенозирующего атеросклероза МАГ. Венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Мигренозные пароксизмы.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD= 19 OS=20

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен . Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

РВГ: Нарушение кровообращения справа – II-III ст. слева - II, тонус сосудов N.

Допплерография: ЛПИ справа – 1.05, ЛПИ слева – 1.05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

Дупл. сканирование брахицефальных артерий : (данные на руках)

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы; микролитов в почках.

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

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В левой доле у перешейк изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,89\*0,8. В с/3 левой доле такой же узел 0,87\*0,62 см с фиброзными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: индапрес, торвакард, кардиомагнил, диаформин, эналаприл, торсид, вазокет, розувастатин, веселдуэф, витаксон, тиоцетам, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25100Р п/з- 26-28ед., п/у- 14-16 ед.,

Диаформин 500 2/д

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: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ.
4. Весел дуэф 1к 1р\д 50 дней, витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: цитропак при головных болях, сермион ½ т утром вазокет 600 1т сут – 2 мес.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.