#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1131

##### Ф.И.О: Попова Анна Петровна

Год рождения: 1939

Место жительства: Г-Поле, Цветная 22-5

Место работы: пенсионер, ИОВ с.Б № 382816

Находился на лечении с 10.09.13 по 20.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Потертость IIп. правой, левой стопы. Диабетическая полинейропатия н/к. Вестибуло-атактический с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Полинодозный зоб I cт, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 36,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит в стадии нестойкой ремиссии.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190/110мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, сиофор). В 2012 в эндокриндиспансере переведена на инсулинотерапию Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 30 ед., п/у- 14ед., метамин SR 1т веч. Гликемия –10,0-12,0 ммоль/л. НвАIс – 10,8 % от 20.08.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 20лет. Из гипотензивных принимает липразид 20 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.09.13Общ. ан. крови Нв –134 г/л эритр –4,2 лейк –5,3 СОЭ – 10мм/час

э- 3% п- 2% с- 60% л- 30 % м-5 %

11.09.13Биохимия: СКФ –97 мл./мин., хол –5,04 тригл – 1,75 ХСЛПВП -1,04 ХСЛПНП -3,20 Катер -3,84 мочевина –3,3 креатинин –71 бил общ –12,9 бил пр – 3,2 тим – 2,5 АСТ – 0,39 АЛТ –0,44 ммоль/л;

13.09.13ТТГ – 4,4 (0,3-4,0) Мме/л

### 09.13Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

11.09.13 кал на я/г - отр

13.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

12.09.13Суточная глюкозурия – 0,72 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.09.13Микроальбуминурия –21,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  Профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.09 | 7,2 | 9,8 | 10,2 | 7,9 |
| 13.09 |  |  | 10,7 |  |
| 16.09 | 5,4 | 7,9 | 8,8 | 4,6 |
| 19.09 | 9,3 | 10,7 | 9,7 | 11,3 |
| 20.09 | 7,7 |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая полинейропатия н/к. Вестибуло-атактический с-м. Дисциркуляторная энцефалопатия II.

Окулист: VIS OD=0,4 OS=0,4 ; ВГД OD= 22 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада ПНПГ .Диффузные изменения міокарда ЛЖ.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени.

12.09.13 ФГДЭС: Атрофическая гастропатия. Дуодено гастральный рефлюкс.

Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Потертость IIп. правой, левой стопы.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит в стадии нестойкой ремиссии.

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 =15,0 см3; лев. д. V =12,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,4 см. В пр. доле с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,9\*2,0 см. с крупными кальцинатами. Такой же узел у перешейка справа 2,04\*1,59. Такойже узел у перешейка слева 1,2\*0,7 см. В левой доле множественные гидрофильные узлы от 0,5см ло 0,8 см. Закл.: Увеличение щит. железы. Узлы обеих долей.

Лечение: Глюкофаж, липразид, трифас, торвакард, габантин, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, актовегин, витаксон, индапрес, диалипон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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-36-38 ед., п/у- 18-20ед., 22.00

глюкофаж (сиофор, диаформин) 500 - 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 (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: Дообследование: ЭХО КС.
4. Липразид 10 мг 2р/д, индапрес 2,5 мг утром, трифас 2,5 мг утром кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ раз в 6 мес, ТАПБ (21.09.13) с посл. конс эндокринолога.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
8. Рек. гастроэнтеролога: УЗИ ОБП, Ирригоскопия, стол №5, режим питания, Вис-нол 2т\*2р/д за 30 мин до еды 2 нед. Галстена 10к. 3р/д за 30 ин до еды или через час после еды 1 мес. дефинорм 1т 3р/д 2-4 нед. Повторный осмотр после дообследования.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.