#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1143

##### Ф.И.О: Федива Галина Нусратовна

Год рождения: 1960

Место жительства: Мелитопольский р-н, Терпенье, Фрунзе 80

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 12.09.13 по 24.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Аутоиммунный тиреоидит с увеличением объема щитовидной железы, без нарушения функции. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100мм рт.ст., высокий уровень гликемии.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Глимакс 3 мг, дуглимакс 500. Гликемия –10-12 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 20-25лет. Из гипотензивных принимает эналаприл, индап, индапамид. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.09.13Общ. ан. крови Нв – 147 г/л эритр –4,6 лейк –3,5 СОЭ –4 мм/час

э- 0% п- 0% с- 63% л- 26 % м- 11%

13.09.13Биохимия: СКФ –123 мл./мин., хол –5,21 тригл -2,06 ХСЛПВП -1,43 ХСЛПНП -2,84 Катер -2,64 мочевина –5,8 креатинин – 74 бил общ –13,1 бил пр –3,2 тим – 2,6 АСТ –0,51 АЛТ – 0,57 ммоль/л;

12.09.13 Глик гемоглобин 9,3 %

13.09.13ТТГ – 3,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 112,3 (0-30) МЕ/мл

### 13.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

17.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

16.09.13Суточная глюкозурия – 2,28 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.13Микроальбуминурия – 154,8мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.09 | 7,7 | 11,7 |  | 11,4 |
| 14.09 | 11,1 | 11,8 | 12,6 | 10,3 |
| 17.09 | 8,5 | 12,3 | 9,8 | 6,2 |
| 18.09 | 8,1 | 12,3 | 8,6 | 8,8 |
| 19.09 | 7,7 | 9,4 | 8,8 | 8,0 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза. Цефалгический с-м.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 21 OS=22

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

ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

16.09.13 Холтеровское мониторирование :(на руках)

ЭХО КС: КДР-4,66 см; КДО- 100,18мл; КСР- 3,25см; КСО- 42,61мл; УО- 50,2мл; МОК- 5,5л/мин.; ФВ- 50,12%; просвет корня аорты – 3,57см; АК раскрытие - N; ПЛП – 4,07 см; МЖП – 1,26 см; ЗСЛЖ –0,74 см; ППЖ- 2,59см; ПЛЖ- 4,66см; ТК- б/о; По ЭХО КС: уплотнение стенок аорты, увеличение полости П, ПЖ, Диффузия МЖП, умеренная гипокинезия ЗСЛЖ.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст.

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

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

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

13.09.13 ФГ: без патологии.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки увеличения, диффузных изменений паренхимы печени по типу жирового гепатоза, хр. холецисто-панкреатита, микролитов в обеих почках..

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,9 см3; лев. д. V = 8,2 см3

Перешеек – 0,47см.

Щит. железа увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эналприл, индапрес, алодипин, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Гептрал, весел дуэф, тиогамма, генсулин Н, Генсулин Р.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. В связи с высоким глик. гемоглобином. Гипергликемии натощак и постпрандиальной больная переведена на Генсулин, однако с её слов она плохо переносит: тошнота, слабость, головокружение через 30 мину после введения. По этому больной назначен Инсуман Базал при введении которого отмечает улучшение состояния.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инулинотерпия Инсуман Базал пз24 ед, п/у 16 ед. Инсуман Рапид п/з 12 ед. п/у 10 ед .
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: весел дуэф, гептрал, тиогамма.
7. Рек. кардиолога: индапрес 2,5 амлодипин 10, эналаприл 20 мг. Контроль АД, ЭКГ.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Препараты селена.

##### Леч. врач Костина Т.К.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.