#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1179

##### Ф.И.О: Завялова Галина Ивановна

Год рождения: 1962

Место жительства: Бердянск, Пролетарская 96-73

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.09.13 по 01.10.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. ИБС, стенокардия напряжения, 1ст диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Высокий кардиоваскулярный риск. Ожирение I ст. алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит гипертрофическая форма.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 5 кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Диабетон MR 60 мг, сиофор 1000 2р/д. Гликемия –15-16 ммоль/л. Повышение АД в течение 8-10лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, перевода на инсулин, диагностики хронических осложнений сахарного диабета.

Данные лабораторных исследований.

18.09.13Общ. ан. крови Нв – 165 г/л эритр –5,1 лейк – 5,1 СОЭ –14 мм/час

э- 2 % п- 3% с63- % л- 26 % м- 6%

18.09.13Биохимия: СКФ – 110,8мл./мин., хол –4,8 тригл -2,38 ХСЛПВП -1,2 ХСЛПНП -2,5 Катер -3,0 мочевина –6,9 креатинин –70 бил общ –13,2 бил пр –4,0 тим –4,5 АСТ –0,63 АЛТ –0,93 ммоль/л;

20.09.13ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –820,0 (0-30) МЕ/мл

19.09.13Анализ крови на RW- отр

19.09.13 Глик. гемоглобин 10,8%

### 09.13Общ. ан. мочи уд вес 1040 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

20.09.13Суточная глюкозурия – 1,23 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.13Микроальбуминурия – 250,01мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.09 | 11,3 | 12,6 | 12,2 | 16,3 |
| 25.09 | 8,9 | 10,5 | 9,6 | 11,6 |
| 30.09 | 9,2 | 10,0 | 11,6 | 12,9 |
| 01.10 |  | 11,9 | 8,5 |  |
| 02.10 | 10,1 | 8,8 | 12,9 | 9,9 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма. Дисциркуляторная, дистальная энцефалопатия II СН1. Вестибуло-атактический , цереброастенический с-м.

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

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

ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1ст диффузный кардиосклероз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Высокий кардиоваскулярный риск.

ЭХО КС: КДР-5,27 см; КДО-133 мл; КСР- 3,5см; КСО- 45мл; УО- 87мл; МОК-6,1 л/мин.; ФВ- 65%; просвет корня аорты -3,01 см; АК раскрытие - N; ПЛП -3,06 см; МЖП – 1,03 см; ЗСЛЖ –10,9 см; ППЖ- 1,63см; ПЛЖ-5,27 см; ТК- б/о; По ЭХО КС: Уплотнение аорты. Умеренная гипертрофия в/3 МЖП.

25.09.13 Р-графия стопы: признаки поперечного плоскостопия, вальгусная деформация 1 пальцев. Признаки ДОА в межфаланговых и плюсневых сочленений.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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.

24.09.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,9см3; лев. д. V =7,9 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Мелкий узел в правой доле. Увеличение левой доли. Выраженные диффузные измененя паренхимы.

Лечение: Диабетон MR, сиофор, эналаприл, амлодипин, L-тироксин, Генсулин Н, Генсулин Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид.

Состояние больного при выписке: Гипотиреоз состояние мед. субкомпенсации.к. АД130/80 мм рт. ст. Переведена на двукратное введение Инсуман Базал, Инсуман Рапид в связи с высоким уровнем глик. гемоглобина, высоким уровнем пост прандиальной гликемии.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия Инсуман Базал п/з 18 ед; п/у – 12 ед, Инсуман Рапид –П\з 8 ед., п/у – 8ед.
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: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т., амлодипин 10 мг. Контр. АД.
8. УЗИ щит. железы, 1р. в год. ТТГ – 3 р\год. L-тироксин 50 мкг п\з.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.