#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 990

##### Ф.И.О: Григоренко Тамара Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: Запорожье, Оборонная 101

Место работы: инв II гр

Находился на лечении с 31.07.13 по 07.08.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, субкомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОД. Тракционная отслойка сетчатки ОД. Терминальная оперированная болезненная глаукома ОД. Артифакия OS. Авитрия OS. Открытоугольная Ш – в глаукома OS. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза. Цефалгический, вестибуло-атактический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия V ст. ХПН 1. ХБП Ш ст. Ожирение I ст. (ИМТ 34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз (2003,2012) СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии. Группа очень высокого риска. ГЭРБ IIст. Хронический эрозивный гастродуоденит. Неалкогольный стеатогепатит. Хр. рецидивирующий панкреатит, обострение

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90мм рт.ст. на общую слабость, опоясывающие боли с иррадиацией в позвоночник, тошноту, периодически рвоту, вздутие живота, периодически запоры, плохой аппетит.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 2004 – инсулинотерапия в связи со стойкой декомпенсацией и прогрессированием сосудистых осложнений. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 35ед., п/о- 35ед., п/у- 30ед., Протафан НМ 22.00 42 ед. Гликемия –21,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 10 лет. В 2007 оперирована в Киевском НИИ эндокринологии в связи с отслойкой сетчатки, катарактой. Перенесла инфаркт миокарда в 2003, 2012. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

01.08.13Общ. ан. крови Нв –164 г/л эритр –5,1 лейк – 5,7 СОЭ –8 мм/час

э- 1% п- 1% с-71 % л- 23 % м-4 %

01.08.13Биохимия: СКФ –6 мл./мин., хол –5,0 тригл -1,91 ХСЛПВП -0,96 ХСЛПНП – 3,17Катер -4,2 мочевина –8,4 креатинин – 129 бил общ –11,7 бил пр – 2,9 тим –1,9 АСТ –0,60 АЛТ –0,88 ммоль/л;

02.08.13 К – 4,0 ; Nа – 141 Са – 2,62 ммоль/л

05.08.13Коагулограмма: вр. сверт. –мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр – 4,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 88%; св. гепарин – 8\*10-4

### 01.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

05.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

02.08.13Суточная глюкозурия – 1,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 02.08.13Микроальбуминурия – 70мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.07 | 12,7 |  |  | 5,1 | 8,3 |
| 01.08 | 13,2 | 8,6 | 5,9 |  |  |
| 04.08 | 6,3 | 9,7 | 4,9 | 5,7 |  |

2013 Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза. Цефалгический, вестибуло-атактический с-м.

Окулист: осмотр в палате

Отек и помутнение роговицы ОД. Артифакия OS. Авитрия OS. Детали глазного дна не офтальоскопируются. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОД. Тракционная отслойка сетчатки ОД. Терминальная оперированная болезненная глаукома ОД. Артифакия OS. Авитрия OS. Открытоугольная Ш – в глаукома OS.

31.07.13ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда. Данные на ЭКГ от 01 .08.13 те же.

2012.Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз (2003,2012) СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии. Группа очень высокого риска.

Гастроэнтеролог, хирург: ГЭРБ IIст. Хронический эрозивный гастродуоденит. Неалкогольный стеатогепатит. Хр. рецидивирующий панкреатит, обострение.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.08.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; выраженного застоя в желчном пузыре. Фиброзирования поджелудочной железы.

02.08.13 ФГДЭС: рефлюкс - эзофагит (катаралный). Эритэматозно-эрозивная гастродуоденопатия.

Лечение: кардикет, лозап, пульцет, де-нол, Актрапид НМ, Протафан НМ, берлитион, нейробион, трибудат, но-шпа, коронал, диакарб, офтимол, омепрозол, креон, папаверин, контролок.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Сохраняется вздутие живота, тупые опоясывающие боли с иррадиацией в спину, плохой аппетит.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9/5, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 35-37ед., п/о-35-,36 ед., п/у-28-30 ед., Протафан НМ 22.00 42 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Кардикет 20 мг 2р/д, лозап 50 – 100 г , коронал 5 мг утром, индапрес 1т утр. Контр. АД.
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. окулиста: тимолол 0,5% 2к 2р/д, траватан 1к/сут.
10. Рек. гастроэнтеролога: контролок 40 мг 1 т на ночь, креон 40 тыс. 4р/д с едой, Де-нол 2т 2р/д за 1 час до еды 1 мес.
11. Повторная конс. гастроэнтеролога для определения дальнейшей тактики ведения в связи с сохраняющимся болевым синдромом.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.