#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 822

##### Ф.И.О: Горн Лидия Федоровна

Год рождения: 1937

Место жительства: Запорожье, ул. Малиновского 40-7

Место работы: инв IIгр.

Находился на лечении с 10.06.13 по 21.06.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешанная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза вестибуло-атактический с-м. Эмоционально волевые расстройства -тревожный с-м. ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 3 кг, повышение АД макс. до 180/90мм рт.ст., гипогликемические состояния утром, общую слабость, быструю утомляемость, никтурия каждый час, склонность к запорам, пекущие боли в стопах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1984г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 1985г- инсулинотерапия( фармасулин Н,HNP). В 12.2012 в условиях ОКЭД переведена на Инсуман Рапид, Инсуман Базал. В анамнезе АИТ гипертрофическая форма. Гипотиреоз. Принимает эутирокс 50 мкг ТТГ от 12.2012 4,2. АТТПО 1077 от 07.2011. В наст. время принимает: Инсуман R п/з- 10ед., п/о- 5ед., п/у- 2ед., Инсуман Базал – 6 ед. Гликемия –14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 5-6лет. Гепатит В с 1996г.Повышение АД в течение 30лет. Из гипотензивных принимает нолипрел би форте 1т утром. Ухудшение состояния с 10.06.13 амбулаторно гликемия 14,0, ацетон 3+++. Доставлена СП. Госпитализирована ургентно для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.06.13Общ. ан. крови Нв – 126г/л эритр –3,8 лейк – 4,3 СОЭ –26 мм/час

э- 1% п- 0% с-65 % л-30 % м- 4%

11.06.13Биохимия: СКФ – мл./мин., хол – 4,9тригл -3,4 ХСЛПВП -2,4 ХСЛПНП -0,95 Катер -1,05 мочевина –6,6 креатинин –98,8 бил общ –14,1 бил пр –4,1 тим – 3,1 АСТ – 1,35 АЛТ –0,27 ммоль/л;

14.06.13 АСТ -0,46 АЛТ- 0,40

14.06.13 К – 4,5

14.06.13.Св.Т4 - 15,5 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 2,5 (0,3-4,0) Мме/л

12.06.13Проба Реберга: Д- 2,7л, d-1,87 мл/мин., S-1,52 кв.м, креатинин крови- 102мкмоль/л; креатинин мочи-7540 мкмоль/л; КФ-157,3 мл/мин; КР-98,8 %

### 11.06.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;ум эпит. перех. - ед в п/зр

12.06.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 12.06.13Микроальбуминурия – 102,9мг/сут

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 8.00 | 11.00 | 13.00 | 16.00 | 17.00 | 20.00 | 21.00 |
| 10.06 |  |  |  |  |  | 10,9 |  | 2,9 |
| 11.06 2.00-12,3 | 10,8 |  |  | 4,2 |  | 5,1 |  | 7,4 |
| 12.06 | 9,7 |  |  | 4,8 |  | 9,0 |  | 4,6 |
| 13.06 | 8,9 |  |  | 7,8 |  | 3,8 |  | 5,6 |
| 14.06 | 5,7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16.06 |  | 6,7 | 5,0 |  | 5,4 |  | 11,7 |  |
| 17.06 |  |  |  |  |  |  | 9,5 |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза вестибуло-атактический с-м. Эмоционально волевые расстройства -тревожный с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешанная форма IIст.

Окулист: VIS OD=0,2 OS=0,2

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, неоваскуляризация. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

10.06.13ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Единичная желудочковая экстрасистолия. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз СН 1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Лечение: L-тироксин, Инсуман Рапид, Инсуан Базал, тиотриазолин, аторвастерол, аген, эутрокс, кардиомагнил, актовегин, берлитион, тиоцитам, вестибо, атаракс, эссенциале.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Учитывая наличие пролиферативной диабетической ретинопатии ОИ, снижение зрения, комисионно переведена на пенфильные формы Инсуман Рапид, Инсуман Базал, выдано 2 шприц ручки.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-8-10 ед., п/о- 4-6ед., Инсуман Базал п/у – 8-10 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: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: амлодипин 5-10 мг 1р/сут нолипрел форте 1 т утром, бисопролол 5 мг 1 р/д, тиотриазолин 200мг \*3р/д. 1 мес.. Контроль АД.
8. Берлитион 600 мг/сут. 1 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: вестибо 24 гм 2р/сут атаракс 25 мг 1/2 т утром 1/2 в обед , 1 т веч.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Эутирокс 50 мкг утром натощак за 30 мин до еды, контроль ТТГ в динамике.
11. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ,

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.