#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1374

##### Ф.И.О: Нестеренко Надежда Федоровна

Год рождения: 1952

Место жительства: Запорожский р-н, с. Натальевка, ул Гранитная 33

Место работы: пенсионер, ин Ш гр

Находился на лечении с 24.10.13 по 06.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, в/к сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II. ТИА в ВБС (19.02.13) Вестибуло-атактический с-м . Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. ЖКБ. Калькулезный холецистит. Хронический панкреатит бинарного генеза. Хронический гепатоз (стеатоз) НФП – I ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, пекущие боли в подошвенной части стоп, колющие боли в сердце.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП, непродолжительное время без эффекта, в дальнейшем - инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 26 ед, Сиофор 500г 2р/д. Гликемия –110 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 01.2013 г. Повышение АД в течение 11 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 г 2р/д, амлодипин 5 мг, АИТ с 2007. АТТПО 66,2 АТТГ 254,6 МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.10.13Общ. ан. крови Нв – 137 г/л эритр – 4,3 лейк – 5,8 СОЭ –19 мм/час

э- 1% п- 0% с-67 % л- 22 % м- 10%

25.10.13Биохимия: СКФ –68 мл./мин., хол –5,24 тригл – 1,49 ХСЛПВП -2,27 ХСЛПНП -2,3 Катер -1,3 мочевина –6,0 креатинин –103 бил общ –23,3 бил пр –4,9 тим –1,5 АСТ – 0,32 АЛТ –0,58 ммоль/л;

29.10.13 Бил общ – 18,0 бил рп – 4,3 тим – 1,0 АСТ – 0,39 АЛТ -0,52.

### 25.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –40-45 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

29.10.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр -250 белок – отр

01.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

28.10.13Суточная глюкозурия – 0,9%; Суточная протеинурия – отр

##### 04.11.13Микроальбуминурия – 18,6мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.10 | 8,9 | 11,0 | 8,3 | 9,5 |  |
| 27.10 | 9,4 | 10,4 | 6,9 | 9,8 |  |
| 31.10 | 11,2 | 3,1 |  |  |  |
| 01.11 | 10,7 | 6,0 | 6,4 | 9,0 |  |
| 03.11 | 9,6 | 8,4 | 6,3 | 5,5 |  |
| 04.11 | 9,8 |  |  | 7,9 |  |
| 05.11 | 9,8 |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, в/к сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II. ЦА в ВБС (19.02.13) Вестибуло-атактический с-м .

Окулист: VIS OD= 0,6 OS=0,6 ; ВГД OD=21 OS=21

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Гастроэнтеролог: ЖКБ. Калькулезный холецистит. Хронический панкреатит бинарного генеза. Хронический гепатооз (стеатоз) ПФП – I ст.

Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие конкрементов желчном пузыре, функционального раздражения кишечника, мелких конкрементов, микролитов в почках.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,5см3; лев. д. V =4,8 см3

По сравнению с УЗИ от 01.2013 щит. железа размеры практически прежние. контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналаприл, амлодипин, кардиомагнил, сиофор, розувастатин, , Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, берлитион, нейроксон, кортексин нейробион, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, гипергликемия в утр. часы связано с погрешностью в питании, с больной проведена беседа о соблюдении режима диетотерапии. 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: Хумодар К 25 100Р п/з-24-26 ед., п/у-8-10 ед.,

Глюкофаж XR500 1т веч.

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 1,25-2,5,5-5 мг\*1р/сут.
3. Эналаприл 10 мг 2р/д, амлопин 5 мг в обед., кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейробион т./сут. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
7. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, галстена по 10 кап. \*3р/д. за 20 мин. до еды 1 мес., урсохол 2т на ночь 1 мес, смарт омега 1кап. \*1р/д. 1 мес. контроль УЗИ ч/з 1 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.