#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1475

##### Ф.И.О: Павлюк Раиса Ивановна

Год рождения: 1960

Место жительства: Куйбышевский р-н, Белоцерковка, Горького 7

Место работы: Белоцерковская УЛВИ, вет. санитар.

Находился на лечении с 12.11.13 по 26.11.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетический макулярный отек ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Дисциркуляторная энцефалопатия I. Преимущественно в ВБС на фоне ГБII. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Амарил 4 п/з, диаформин 850 2р/д (при приеме диаформина отмечает дискомфорт ЖКТ). Гликемия –7-16 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2005г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает клорсат 1т\*утр, спиронолактон 1т утром, тенорик 1т в обед. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.11.13Общ. ан. крови Нв –133 г/л эритр –4,2 лейк – 6,9 СОЭ – 24 мм/час

э- 0% п-3 % с-68 % л- 23% м- 6%

13.11.13Биохимия: СКФ –52 мл./мин., хол –5,7 тригл -1,82 ХСЛПВП -1,41 ХСЛПНП – 3,46 Катер -3,0 мочевина –8,1 креатинин – 113 бил общ –13,5 бил пр –3,3 тим –1,0 АСТ –0,30 АЛТ –0,48 ммоль/л;

18.11.13 мочевина – 6,3 креатинин – 71.

13.11.13Глик. гемоглобин – 11,7%

### 13.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 18-20 в п/зр белок – 0,471 ацетон –отр; эпит. пл. -ед п/зр

15.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр 1500 белок – 0,151

14.11.13Суточная глюкозурия – 1,25 %; Суточная протеинурия – 0,365 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.11 | 9,9 | 12,6 | 10,4 | 8,4 |
| 15.11 |  | 11,0 |  |  |
| 16.11 | 5,7 | 8,0 | 5,6 | 7,6 |
| 17.11 | 4,8 | 7,5 | 4,3 | 7,2 |
| 20.11 |  |  |  | 8,7 |
| 21.11 | 8,9 |  | 9,1 |  |
| 23.11 | 7,8 | 8,7 | 8,3 | 11,2 |
| 24.11 |  |  |  | 8,7 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I. Преиущественно в ВБС на фоне ГБII. Весибуло-атактический с-м. хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD= 0,5+1,5=0,8 OS= 0,2+1,25=0,3 ; ВГД OD= 21 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, ретинальные кровоизлияния, эксудатичекие очаги. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетический макулярный отек ОИ.

ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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

ЭХО КС: КДР-5,8 см; КДО- 135,20мл; КСР- 4,13см; КСО- 75мл; УО- 59,81мл; МОК-4,85 л/мин.; ФВ- 44,24%; просвет корня аорты – 3,02см; АК раскрытие - N; ПЛП – 3,26 см; МЖП –1,17 см; ЗСЛЖ 1,05– см; ППЖ-1,36 см; По ЭХО КС: Гипертрофия МЖП, уплотнение ЗСЛЖ с гипокинезией, МК до 1 ст.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Дупл сканирование брахиоцефальных артерий: (данные на руках)

Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

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

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки перегиба ж/пузыря в в/3 тела, конкрементов в желчном пузыре, умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,1 см3; лев. д. V = 6,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: амарил, физиотенс, карведилол, берлиприл, глицисед, диаформин, индап, клосарт, диалипон, актовегин, витаксон, Фармасулин НNР, кортексин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з- 16 ед.,

амарил (диапирид, олтар ) 2 мг 1т. \*1р/сут. п/у.,

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеринурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: карведилол 25мг 2р/д., физиотенс 0,2 мг утром, 0,2 мг веч. предуктал МR 1т. \*2р/д. 2 мес., глицисед 1т\*3р/д 1 мес., Контр. АД.
5. Эналаприл 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
6. Диалипон 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.
7. Рек. невропатолога: вазокет 600 мгпо 1т утром до 1 мес.
8. УЗИ щит. железы, 1р. в год. ТТГ 1р в 6 мес.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д, конс. лазерного хирурга.
10. Б/л серия. АГВ № 2341 с 12.11.13 по 26.11.13. К труду 27.11.13г.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.