#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1497

##### Ф.И.О: Пуцько Наталья Григорьевна

Год рождения: 1959

Место жительства: Токмакский р-н, с. Трудовой ул. Трудовская 116в

Место работы: н\р инв II гр.

Находился на лечении с 15.11.13 по 26.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Высокая осложненная миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Лейкемоидная реакция эозинофильного типа. Ксероз кожи. Ксантелазмы век. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 37,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аномалия развития МВС – удвоение обеих почек. Киста правой почки. Солевой диатез.

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар К25100Р п/з-30 ед., Диаформин 850 2р/д. Гликемия –7,3-13,0 ммоль/л. НвАIс – 11,3 % от 10.09.13. Последнее стац. лечение в 01.2013г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.11.13Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр –4,5 лейк – 4,8 СОЭ –15 мм/час

э- 8% п- 1% с- 61% л-23 % м- 7%

18.11.13Биохимия: СКФ –90 мл./мин., хол –4,5 тригл – 1,37ХСЛПВП -1,33 ХСЛПНП – 2,55Катер -2,38 мочевина – 6,4 креатинин – 98,4 бил общ –11,4 бил пр –2,8 тим –1,1 АСТ –0,11 АЛТ –0,11 ммоль/л;

22.11.13ТТГ – 2,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –134,5 (0-30) МЕ/мл

### 18.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ум в п/зр

20.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 50 эритр - белок – отр

18.11.13Суточная глюкозурия –1,7 %; Суточная протеинурия – отр

##### 18.11.13Микроальбуминурия –17,9 мг/сут

19.11.13 кал на я/г – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.11 | 10,6 | 14,4 | 9,2 | 15,6 |
| 21.11 | 7,5 | 8,9 | 9,6 | 14,8 |
| 22.11 2.00-4,8 |  |  |  | 8,9 |
| 23.11 2.00-3,0 |  | 12.40-3,6 |  |  |
| 24.11 | 6,4 | 7,3 | 5,0 | 4,5 |
| 25.11 |  |  |  | 6,1 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м.

Окулист: VIS OD=0,08 с кор=0,8 OS= 0,08 с кор=0,8 ; ВГД OD= 21 OS=23

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Высокая осложненная миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП I ст.: Аномалия развития МВС – удвоение обеих почек. Киста правой почки. Солевой диатез, артериальная гипертензия.

РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

19.11.13Ркопия ЖКТ: Хронический панркеатит, Хронический гастрит.

Аллерголог: данных за алегрию на препараты Хумодар К 25 нет

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, удвоение почек, краевой кисты правой сзади расположенной почки, конкрементов, микролитов в почках

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,5см3; лев. д. V = 4,0см3

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

Лечение: Эналаприл, фенигидин, лоратадин, торсид, диаформин, амлодипин, Хумодар К 25 100Р.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, 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- 32-34ед., п/у- 8-10ед

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

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 (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: эналаприл 10 мг \*2р/д., небилет 2,5-5 мг\*1р/сут, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., индап 2,5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ.
4. Амлодипин 10 мг веч. Контр. АД.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 6 мес.
6. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес. курсом 3-4 р/год
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.