#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1473

##### Ф.И.О: Иващенко Валентина Степановна

Год рождения: 1939

Место жительства: г. Запорожье, ул. Планерная, 3

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 12.11.13 по 28.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, впервые выявленный. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ХБП II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Дисциркуляторная энцефалопатия 1. Варикозное расширение вен н\к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Узловой зоб 1 ст. Узел правой доли. Эутиреоидное состояние. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м в стадии обострения, ассоциированный с H-pylory с повышенной секрецией желудка.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 10 кг за 2-3 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, вздутие живота, чувство тошноты, боли в крупных и мелких суставах, приступы сердцебиения, периодические давящие боли за грудиной, одышку при ходьбе.

Краткий анамнез: Находилась в санатории «Глория» в 11.2013, где впервые вывялена гипергликемия 14,0-18,8-16,1-13,4. Консультирована 07.11.13 в энд. диспансере. Гликемия 9,8, ацетон – отр. Рекомендован прием амарила – 1 мг/сут, но сохраняется гипергликемия до 20,0, ухудшение аппетита, тошнота. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для подбора ССТ.

Данные лабораторных исследований.

13.11.13Общ. ан. крови Нв – 142 г/л эритр – 4,3 лейк – 6,3 СОЭ –11 мм/час

э-2 % п- 2% с- 65% л- 29 % м- 2%

13.11.13Биохимия: СКФ –64 мл./мин., хол –5,8 тригл – 2,04ХСЛПВП -1,01 ХСЛПНП -3,86 Катер -4,7 мочевина –7,8 креатинин –68 бил общ – 14,1 бил пр –3,9 тим – 2,2 АСТ –0,34 АЛТ – 0,43 ммоль/л;

15.11.13Глик. гемоглобин -11,8 %

19.11.13 С-пептид – 1,60 (1,1-1,3) нг/мл

15.11.13 ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –24,3 (0-30) МЕ/мл

### 13.11.13 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 8-10 в п/зр белок – 0,078 ацетон –отр; эпит. пл. – ум в п/зр

15.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -312500 эритр - 500 белок – 0,055

20.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -250 белок – отр

26.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -100 эритр - белок – отр

14.11.13Суточная глюкозурия – 2,9; Суточная протеинурия – 0,303 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.11 |  | 12,3 |  | 15,5 |
| 13.11 | 11,2 | 14,5 | 12,8 | 13,6 |
| 15.11 | 10,4 | 11,5 |  |  |
| 17.11 | 9,2 | 11,3 | 15,6 | 11,6 |
| 20.11 | 5,4 | 6,8 | 6,6 | 8,5 |
| 24.11 | 6,0 | 10,5 | 7,0 | 6,8 |
| 26.11 |  | 8,6 |  |  |
| 27.11 | 7,9 | 7,4 | 8,5 | 6,0 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1 на фоне ГБ II.

Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,4 ; ВГД OD= 22 OS=20

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

14.11.13ФГДЭС: Атрофическая гасродуоденопатия. Уреазный тест на H-pylory ++

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозное расширение вен н\к.

УЗИ артерий н/к: Признаки кисты Беккера справа 12,3\*13,1. Эхографические признаки эктазии подкожных вен правой н\к с несостоятельным СФС слева.

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

Гастроэнтеролог: хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м в стадии обострения, ассоциированный с H-pylory с повышенной секрецией желудка.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия образования в 7 сегменте печени, похожего на ангиомиолипому на фоне умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии.

УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,9 см3; лев. д. V =4,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле у переднего контура округлый гипоэхогенный очаг 0,77 см, возможно узел. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: индапрес, амарил, сиофор, эспа-липон, солкосерил, Генсулин Н, цифран.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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: Генсулин Н п/з- 20-22ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (сторвас или торвакард 10 мг после ужина) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Индапрес 2,5 мг утром. Контр. АД.
5. Эспа-липон 600 мг/сут. 2 мес.
6. Рек. невропатолога: сермион 4мг в/м № 10, затем 30 мг утр. до 2мес.,
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ,
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, эзолонг 40 мг 1т в день за 1 час до еды – 2 нед, вис-нол или де-нол 2т 2р/д за 30 мин до еды – 2 нед, фосфалюгель 1п 2р/д ч/з 30-40 мин после еды 2 нед., фестал 1т 3р/д во время еды 2 нед. Повторный осмотр после лечения.
10. Конс хирурга ( по данным УЗИ печени)

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.