#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1178

##### Ф.И.О: Клименко Вера Григорьевна

Год рождения: 1945

Место жительства: Васильевский р-н, пгт Степногорск, Таврическая 81

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 18.09.13 по 02.10.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Омазолелость II п. левой стопы. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Ожирение II ст. (ИМТ 36,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1, узлы левой доли. Эутиреоидное состояние. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 9 кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2008 - инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-26 ед., п/у- 18ед., Генсулин Р п/з 4 ед. Гликемия –10,1-9,6-8,0 ммоль/л. НвАIс - 9,0% от 18.09.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает Эналаприл, бисопролол. Смешанный зоб с 2011. АТТПО 28,7 от 2011. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.09.13Общ. ан. крови Нв – 135 г/л эритр –4,2 лейк –9,1 СОЭ –32 мм/час

э- 1% п-2 % с-58 % л- 30 % м-9 %

19.09.13Биохимия: СКФ –100,7 мл./мин., хол –7,2 тригл -2,0 ХСЛПВП -1,17 ХСЛПНП -5,1 Катер -5,1 мочевина –7,4 креатинин –75 бил общ –15,2 бил пр –15,2 тим –4,5 АСТ – 0,24 АЛТ –0,24 ммоль/л;

18.09.13 ТТГ 0,6 Мме/л (0,3-4,0)

### 09.13Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – на ½ в п/зр белок – 0,030 ацетон –отр; эпит. пл. –ум ;

23.05.13 кал на я/г – отр

23.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - белок – отр

25.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 143750эритр – 1000 белок – отр

30.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - белок – отр

01.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - белок – отр

20.09.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.13Микроальбуминурия –549,4мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.09 | 6,7 | 8,6 | 4,5 | 4,5 | 6,5 |
| 23.09 | 5,3 |  |  | 12,3 |  |
| 24.09 |  | 7,4 | 7,8 |  |  |
| 26.09 | 5,2 | 10,7 | 6,2 | 7,3 |  |
| 28.09 |  | 10,3 |  |  |  |
| 01.10 |  | 8,5 | 6,2 |  |  |

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

Окулист: VIS OD= 0,2 OS= 0,2 ; ВГД OD= 22 OS=22

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

ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Хиррург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. Омазолелость II п. левой стопы.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

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

18.09.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,1 см3; лев. д. V =4,5 см3

По сравнению с УЗИ от 09.2012 размеры железы уменьшились, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. В лев доле н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,82\*0,52 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли

Лечение: Цифра, эналаприл, канефрон, трифас бисопролол, индапрес, габантин, торсид, аторвастатин, кардиомагнил, берлитион, витаксон, солкосерил, миксиприл.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з-8 ед., Генсулин Н п/з 24 – 26 ед, п/у 18-20 ед

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 5 мг 2р/д, индапрес 2,5 мг утром, трифас 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, добезилат кальция 1т 3\д 3 нед, затем 1т 2р/д 3 мес..
7. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко. Канефрон 2т \*3р\д 1 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.