#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1227

##### Ф.И.О: Шандор Анна Степановна

Год рождения: 1956

Место жительства: Токмакский р-н, с. Н-Горьевка, Восточная 133,

Место работы: инв Ш гр.

Находился на лечении с 24.09.13 по 04.10.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хр. дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, смешанная форма. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Трофическая язва левой стопы. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза, вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. ДДПП распространенного характера, вертеброгенная цервикалгия, люмбаишалгия, хроническое рецидивирующие течение. Начальная катаракта ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение IV ст. (ИМТ 53кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, боли в голеностопных суставах, .

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985 г.. С начала заболевания ССП. Плохо переносит метформин (расстройство стула, тошнота) В 2004 – назначена инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р, затем Хумодар РР, Хумодар БР интенсивная схема. В 2009 в связи с декомпенсацией переведена на Лнтус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/о-8-10 ед., п/у-8-10 ед., Лантус п/з- 40ед. Гликемия –6-12 ммоль/л. НвАIс - 6,7% от 06.09.13 . Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 10 лет. Трофическая язва левой стопы с признаками заживления в течении года. Повышение АД с начала заболевания. Из гипотензивных принимает берлиприл, кардиомагнил. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.09.13Общ. ан. крови Нв –126 г/л эритр –4,0 лейк – 4,3 СОЭ –15 мм/час

э- 2% п- 3% с-75 % л-15 % м-5 %

25.09.13Биохимия: СКФ –126,3 мл./мин., хол –5,3 тригл -1,79 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -3,22 Катер -3,2 мочевина –6,9 креатинин – 109 бил общ –11,2 бил пр –2,9 тим –0,6 АСТ –0,17 АЛТ –0,24 ммоль/л;

### 01.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 2-4; эпит. перех. - ед в п/зр

02.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – 0,044

02.10.13Суточная глюкозурия – 0,79 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.09 | 4,9 | 12,6 | 9,2 | 4,6 |  |
| 27.09 | 5,9 | 8,0 | 6,6 | 3,8 |  |
| 30.09 |  |  |  | 8,5 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляорная энцефалопатия II, сочетанного генеза, вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. ДДПП распространенного характера, вертеброгенная цервикалгия, люмбаишалгия, хроническое рецидивирующие течение. Хр. дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, смешанная форма.

Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD=22 OS=23

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Множественные лареркоагулянты. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.09.13 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к., рекомендовано перевязки с агросульфаном.

2012 кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V = 6,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: лозап, берлиприл, кардиомагнил, торвокард, Лантус, Эпайдра, тиогамма, акточегин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90мм рт. ст. трофическая язва большого пальца левой стопы в стадии заживления.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 2-4ед., п/о- 8ед., п/у- 8ед., Лантус п/з 40 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Лозап плюс 1т утром, берлиприл 10 мг веч , кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Конс кардиолога по м/ж (врач в отуске)
9. Контроль креатинина крови в динамике
10. Тиогамма 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.
11. Рек. Хирурга: перевязки с агросульфаном на большой палец левой стопы. Повторный осмотр хирурга по м\ж
12. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
13. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.