#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 513

##### Ф.И.О: Зубач Ирина Михайловна

Год рождения: 1947

Место жительства: Запорожский р-н, с. Балабино, ул. Запорожская 50

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 08.04.13 по 25.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, Цефалгический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Аутоимунный тиреодит, гипертрофическая форма. Узловой зоб, узел левой доли. Эутиреодное состояние. Са mama dextra T4б N1 M0,Сх – кишечно-инфильтративная форма. Неалкогольный стеатогептит минимальной активности. Хр. гастродуоденит не ассоц. с H-pylory, фаза обострения. Метаболическая кардиопатия. СН I .САГ I ст.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2011 – инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 26ед., п/у-16 ед. Гликемия –12,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает липрин 10 мг 1 т утром. АИТ с 2010г. АТ-ТПО 247, АТТГ 92,7, УЗИ щит. железы 01.10.12. закл: увличение щит. ж.. Дифузные изменение паренхимы. Мелкий узел левой доли (0,72\*0,62). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.04.13Общ. ан. крови Нв –137 г/л эритр –4,3 лейк –5,3 СОЭ –24 мм/час

э-3 % п-5 % с-57 % л- 30 % м-5 %

09.04.13Биохимия: СКФ –92 мл./мин., хол –7,41 тригл -1,88 ХСЛПВП -1,88 ХСЛПНП -4,68 Катер -2,94 мочевина –5,3 креатинин –75 бил общ –12,4 бил пр –3,1 тим –1,6 АСТ – 0,73 АЛТ –0,41 ммоль/л;

11.04.13 АСТ 0,66; АЛТ 0,73 мкмоль/м мл

09.04.13Анализ крови на RW- отр

### 09.04.13Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –1-2, эрит 1-2 в п/зр белок – 0,085 ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

12.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -700250 эритр -500 белок – 0,038

19.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -7750 эритр - белок – отр

04.13Суточная глюкозурия – 0,82 %; Суточная протеинурия – 0,044 г/сут

ТТГ взяты

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.04 | 8,1 | 12,3 | 11,3 | 6,8 |  |
| 12.04 | 7,5 | 11,6 | 10,1 | 10,1 |  |
| 14.04 | 6,8 | 11,9 | 13,4 | 12,2 |  |
| 16.04 | 8,7 |  | 12,0 | 10,6 |  |
| 17.04 |  | 13,1 |  |  |  |
| 19.04 | 10,9 | 11,5 | 13,1 | 12,2 |  |
| 21.04 | 9,4 | 103 | 8,9 | 8,6 |  |
| 24.04 |  | 9,8 | 7,2 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия I сочетанного генеза, Цефалгический с-м.

Окулист: VIS OD=0,9 OS=1,0 ; ВГД OD=21 OS=22

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

08.04.13ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена слево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиопатия. СН I .САГ I ст.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог Неалкогольный стеатогептит минимальной активности. Хр. гастродуоденит не ассоц. с H-pylory, фаза обострения.

Гинеколог: Са mama dextra T4б N1 M0,Сх – кишечно-инфильтративная форма.

09.04.13РВГ: Нарушение кровообращения спрва-IIст., слева - I ст., тонус сосудов повышен.

09.04.13Р-графия ОГК: легкие без очаговой инфильтрации. Корни малоструктурны. Сердце б/о.

25.01.13 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки хр. панкреатита; хр. холецистита; диффузных изменений в паренхиме печени (стеатоз?).

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, тиогамма, лизиноприл, торсид, габагамма, аторвакор, индопресс, фенигидин, левофлоксацин, канефрон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован,склонность к гипергликемии обусловлена несоблюдением больной режима диетотерапии, неоднократно проводились беды, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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 Р100Р п/з-24-26 ед., п/о-20-22 ед., п/у-6-8 ед., Хумодар Б100Р 22.00 16-18 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии. При стабильной гликемии повторная госпитализация для перевода на 2х кратное введение инсулина.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Лизиноприл 10 \*2р/д, торсид 2,5мг утром, индопресс, 2,5 мг утром. Контр. АД.
4. Рек. невропатолога: габагамма 300 мг веч.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
8. Рек. гастроэнтеролога: ФГДЭС или Ro желудка стол №5, пантопрозол 40 мг 1т/на ночь длительно, т.к. отмечаеться непперносимость диалипона к лечении урсохол 2к после ужина 3 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.