#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 547

##### Ф.И.О: Павленко Тамара Степановна

Год рождения: 1946

Место жительства: Запорожье, ул. Малиновского 38-44

Место работы: инв. IIгр.

Находился на лечении с 12.04.13 по 26.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Диабетическая нефропатия IIIст, в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Ожирение I ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, III-IV ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Тревожный с-м Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диффузный зоб Iст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, вздутие живота, тяжесть в правом подреберье, зябкость стоп, боли за грудиной при малейшей физ. нагрузке, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100мм рт.ст., головные боли, шум в голове.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, амарил, сиофор). В 2000г во время стац лечения в эндодиспансере, была переведена на комб. ИТ: Хумодар К 25 100Р, амарил 2 мг. Амбулаторно в связи с гипергликемией переведена на 2х кратное введение инсулина. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 20-22ед., п/у-20 ед. Гликемия –13,0-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2010г. Боли в н/к в течение 5лет. Повышение АД в течение 15лет. 2007 – инфаркт миокарда. Из гипотензивных принимает азамекс 5 мг, корвитол 25 мг/сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.04.13Общ. ан. крови Нв – 156 г/л эритр – 4,9 лейк – 7,4 СОЭ –22 мм/час

э-6 % п-1 % с- 67% л-18 % м-8 %

15.04.13Биохимия: СКФ –64 мл./мин., хол –7,35 тригл -2,33 ХСЛПВП –1,6 ХСЛПНП -4,69 Катер 3,6- мочевина –5,7 креатинин –97 бил общ –13,9 бил пр – 3,5 тим – 3,0 АСТ –0,33 АЛТ – 0,46 ммоль/л; общ белок 72,4

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

19.04.13К – 3,0 ; Nа – 131; Са 1,70- ммоль/л

### 16.04.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –5-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -много в п/зр

19.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк 7500- эритр - белок – отр

15.04.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 15.04.13Микроальбуминурия – 77,2мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.04 |  |  |  | 8,7 |  |
| 13.04 | 7,3 | 8,4 | 10,2 | 12,7 |  |
| 16.04 | 8,5 | 10,4 | 12,0 | 11,6 |  |
| 21.04 | 9,0 | 9,8 | 8,6 | 7,8 |  |
| 23.04 | 10,0 | 6,6 | 6,9 | 4,8 | 6,3 |
| 24.04 | 7,7 |  |  |  |  |
| 25.04 | 5,4 | 9,1 | 8,6 | 10,8 | 6,8 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Тревожный с-м. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст.

Окулист: Осмотр в палате

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

12.04.13-17.04ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, III-IV ф.кл. п/инфарктный кардиосклероз СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0см3; лев. д. V = 11 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена справа умеренно слева - значительно. Эхоструктура неоднородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, глицин, олфен, нейрорубин, эспа-липон, армадин, кортексин, серетид, копренесса, азамекс, сиднофарм, розукард, корвитол, кардиомагнил, торсид, норфлоксацин, афобазол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к, резе приступы загрудинных болей, уменьшилась одышка. 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 К 25 100Р п/з- 34-36ед., п/у- 22-24ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Рек. кардиолога: небилет 2,5-5 мг\*1р/сут, кардиомагнил 75мг 1т. веч., клопидогрель 75 мг, эфокс 50 мг утром, сиднофам 2м \*3рд, трифас 5 мг утром, азамекс 5 г утром. при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. При сохраняющемся болевом синдроме госпитализация в кардиологическое отделение.
8. Эспа-липон 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.
9. Рек. невропатолога: Афобазол 1 т 3 р/д 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Повторный осмотр у эндокринолога с результатами гормонов.
11. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 625 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
12. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.