#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 580

##### Ф.И.О: Минтяева Мария Ивановна

Год рождения: 1954

Место жительства: Токмакский р-н, с. Новогорьевка, ул. Набережная 71

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 19.04.13 по 07.05.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая ангиопатия артерий н\к. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Атактический с-м. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоимунный тиреодит, гипертрофическая форма, эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 35,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Аллергический ларингит.

Жалобы при поступлении на повышение АД макс. до 170-200мм рт.ст., головные боли, снижение чувствительности н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. В течении 3х лет не лечилась. С 2004 в связи с гипергликемией до 21,0 ммоль/л, переведена на ИТ. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. На фоне приема диаформина отмечает подташнивание. В наст. время принимает: Хумодар К25 п/з-42 ед., п/у-33 ед., Диаформин 500 \*2р/д. Гликемия –8,0-15,0 ммоль/л. НвАIс -9,3 %(25.03.13) . Последнее стац. лечение в 2008г. Повышение АД в течение 30лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.04.13Общ. ан. крови Нв – 148 г/л эритр –4,6 лейк –5,1 СОЭ –14 мм/час

э-1 % п- 3% с- 60% л-31 % м-5 %

22.04.13Биохимия: СКФ –102 мл./мин., хол –4,42 тригл -2,47 ХСЛПВП -1,09 ХСЛПНП -2,21 Катер -3,05 мочевина – 5,2 креатинин –70 бил общ –9,5 бил пр –2,1 тим –4,8 АСТ –0,33 АЛТ –0,10 ммоль/л;

24.04.13Анализ крови на RW- отр

26.04.13 ТТГ – 1,9 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТГ - 428,0(0-100) МЕ/л; АТ ТПО –59,7 (0-30) МЕ/мл

### 23.04.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ум. к-во; эпит. перех. -ед в п/зр

21.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

25.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

22.04.13Суточная глюкозурия –0,78 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.04.13Микроальбуминурия –176,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.04 | 9,3 | 7,5 | 9,6 | 11,0 |  |
| 23.04 | 9,0 | 8,7 | 8,2 | 10,1 |  |
| 25.04 | 10,4 | 12,6 | 10,5 | 14,4 |  |
| 27.04 | 12,4 | 13,3 | 9,7 | 12,1 |  |
| 29.04 |  |  | 10,1 | 5,0 |  |
| 30.04 | 10.2 | 11,6 |  |  |  |
| 01.05 2.00- 10,7 | 10,6 | 11,2 | 11,9 | 10,5 |  |
| 03.05 | 11,4 | 8,9 | 7,7 | 7,8 | 10,2 |
| 05.05 | 7,5 | 9,0 | 9,2 | 7,8 | 5,7 |
| 06.05 | 6,9 | 11,3(после еды) | 6,2 | 5,2 |  |

Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Атактический с-м.

Окулист: VIS OD=0,8 OS=0,3 ; ВГД OD= 22 OS=22

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

19.04.13ЭКГ: ЧСС -75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени.

Аллерголог Аллергический ларингит.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.04.13 Рграфия ОГК: легкие без инфильтративных изменений. Корни уплотнены, структурны, синусы свободны. Сердце-гипертрофия левого желудочка.

23.04.13РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

24.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,0 см3; лев. д. V = 7,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умереннные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, эналаприл, торсид, глюкофаж, витаксон, амлодипин, розувастатин, диалипон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140\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: Хумодар Р100Р п/з- 18-20ед., п/у-16-18 ед., Хумодар Б100Р п/з 34-36ед. п/у 32-34 ед.

глюкофаж (сиофор, диаформин) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 10мг\*2р\день, амлодипин 10 мг утром, торсид 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: сермион 4мг в\м 1р/день №м 10, затем 30 мг утр. 1 мес., актовегин 10,0 в/в 1 р\день № 10.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
9. Рек. аллерголога: ксизал 1т\*1р/день 7 дней, назофан 2 дозы в каждый носовой ход 21 день.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.