#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 929

##### Ф.И.О: Вичева Ольга Васильевна

Год рождения: 1967

Место жительства: Черниговский р–н с. Красное, ул. Первомайская 4

Место работы: н/р

Находился на лечении с 24.07.14 по 07.08.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 38кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, II-Ш ф.кл. постинфарктный кардиосклероз. СН I ф.кл. II. Метаболическая кардиомиопатия. Хронический панкреатит с нарушением секреторной функции поджелудочной железы. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Неалкогольная жировая дистрофия печени. Эндоцервицит. Диффузный зоб 1 ст. Идиопатический гипотиреоз, медикаментозная субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, выраженная одышка при малейшей физ. нагрузки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г.. Комы отрицает. С начала заболевания ТСМ ( манинил, глюкофаж). С 2013 амарил 4 мг утром, глюкофаж 1000\*2р/д. 16.10.14 ургентно госпитализирована в ОИТ по м/ж. 19.07.14 по санавиации, переведена в ЗОКБ пульмонологическое отд. Дз: негоспитальная пневмония IV гр, кл. риск 4 ( двухсторонняя нижнедолевая пневмония), ИБС, стенокардия напряжения, II-Ш ф.кл. постинфарктный кардиосклероз. СН I ф.кл. II. Метаболическая кардиомиопатия. В ЗОКБ в связи с тяжелым состоянием переведен на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин R п/з- 12ед., п/о- 10ед., п/у-8 ед., Генсулин Н 22.00 – 4-6 ед. Гликемия –10,-17,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Диффузный зоб с 2013. Св.Т4 - 9,33 (10-25) олл/л; ТТГ – 5,79 (0,3-4,0) Мме/л от 2012. Принимает Эутирокс 50 мкг/утр, назначено (со слов) амбулаторно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.07.14 Общ. ан. крови Нв –114 г/л эритр –3,6 лейк –4,0 СОЭ – 10 мм/час

э- 1% п- 0% с- 55% л- 42 % м- 2%

25.07.14 Биохимия: СКФ –112 мл./мин., олл –3,89 тригл -1,17 ХСЛПВП 1,05 ХСЛПНП -2,05 Катер -2,7 мочевина –5,7 креатинин – 94 бил общ 13,2– бил пр – 3,3 тим – 2,4 АСТ – 0,43 АЛТ –0,18 ммоль/л;

01.08.14 НвsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

36.07ТТГ – 11,1 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –24,9 (0-30) МЕ/мл

25.07.14 К –3,6 ; Nа –140 ммоль/л

28.07.14 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 107 %; фибр – 3,6г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4\*10-4

### 25.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 4-5-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. –ум в п/зр

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

28.07.14 Суточная глюкозурия – 0,44%; Суточная протеинурия – отр

##### 01.07.14 Микроальбуминурия –47 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.07 |  |  | 11,7 | 13,7 |
| 25.07 | 10,4 | 14,4 | 14,7 | 15,4 |
| 27.07 | 9,0 | 11,6 | 13,3 | 13,2 |
| 28.07 |  | 13,4 | 8,0 | 9,8 |
| 29.07 | 6,0 |  |  |  |
| 31.07 | 7,0 | 12,2 | 11,0 | 6,7 |
| 03.08 | 6,8 | 9,8 | 7,6 | 9,8 |
| 05.08 |  |  |  | 6,5 |
| 06.08 | 6,1 |  |  |  |

30.07Окулист: Осмотр в палате

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

25.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит с нарушением секреторной функции поджелудочной железы. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Неалкогольная жировая дистрофия печени.

27.07Гинеколог: Эхопризнаки диффузных изменений миометрия. Цервицит.

04.08.КТ ОБП: Заключение: КТ признаки инфаркта селезенки, спленомегалии, двухстороннего гидроторакса. Двойная почечная артерия справа. Добавочная очечная артерия слева.

Лечение: трифас, сиднофарм, Генсулин R, Генсулин Н, диакор, этсет, верошпирон, бисопролол, тромболик, эутирокс, диаформин, ливонорм, панкреатин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит. Повторный осмотр кардиолога, пульмонолога ЗОКБ
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 20-22ед., п/уж -18-20 ед., Генсулин R, п/з 20-22 ед.

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 20 мг) с контролем липидограммы.
3. Верошпирон 50 мг утром, бисопролол 2,5 1р/сут, трифас 10-20 мг утром, тромболик 100 мг 1т веч. сиднофарм 2 мг утром. Контр. АД. ЧСС.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ ч/з 2-3 мес. Эутирокс 75 мкг/сут.
5. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, ливонорм 1е утром с завтраком – 1 мес, панкреатин 1т 3р/сут 20 дней.
6. Рек. гинеколога: Климадинон 30 к 3р\д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.