#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1013

##### Ф.И.О: Павлюк Елена Лукинична

Год рождения: 1960

Место жительства: г. Энергодар ул. Лесная 6-98

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.08.14 по 28.08.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорно-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м. ДДПП на шейно-грудном уроне, хр. рецидивирующее течение, ст. неполной ремиссии. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Хронический пиелонефрит в си обострения, солевой диатез. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ожирение II ст. (ИМТ 42кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 165/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 инсулинотерапия. В наст. время принимает: п/з- Генсулин Н – 28 ед, Генсулин Р – 12 ед. п/у- Генсулин Н 10 ед, Генсулин Р - 10ед. Гликемия –8-10 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел форте 1т/сут. гипотиреоз с 2011. Постоянно принимает L-тироксин 20 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.08.14 Общ. ан. крови Нв – 164 г/л эритр – 4,9 лейк –7,2 СОЭ –22 мм/час

э- 3% п- 1% с- 65% л- 30 % м- 1%

19.08.14 Биохимия: СКФ –114 мл./мин., хол –5,9 тригл -1,52 ХСЛПВП -1,43 ХСЛПНП – 3,77Катер -3,1 мочевина –7,0 креатинин –99 бил общ – 9,8 бил пр –2,4 тим – 2,7 АСТ – 0,28 АЛТ – 0,49 ммоль/л;

19.08.14 Анализ крови на RW- отр

22.08ТТГ – 5,2(0,3-4,0) Мме/л

### 19.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – на ½ ед в п/зр белок – 0,030 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

26.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 393750 эритр - 41500 белок – отр

20.08.14 Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – отр

##### 22.08.14 Микроальбуминурия –133,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.08 | 10,1 | 9,4 | 7,4 |  |
| 20.08 |  |  |  | 8,6 |
| 26.08 | 7,9 | 7,7 | 8,1 | 8,9 |

Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорно-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 сочетанного генеза, цереброастенический с-м. ДДПП на шейно-грудном уроне, хр. рецидивирующее течение, ст. неполной ремиссии.

Окулист: осмотр в палате

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

18.08.14ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

17.08.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.08Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом ст обострения. Аутоиммунная гипертензия. Солевой диатез.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь IIст,IIcт. Гипертензивное сердце СН1, Риск 4.

27.08УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст. Желчный пузырь удален, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках..

20.08.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0 см3; лев. д. V =7,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура однородная, мелкий фиброз и множественные гидрофильные очаги до 0,5 мм. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин R, Генсулин Н,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-28 ед., п/о-20 ед., п/уж - ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Нолипрел форте 1т 1р\д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД. При повышение АД каптоприл 1т под язык.
4. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
5. Эутирокс 100 мкг утром натощак. Контр ТТГ 1р в 3 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ в динамике
7. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Диета с ограничением соли, курс а/б терапии: цифран ОД № 10, флуконазол 50 мг № 10, канефрон 2т 3р/д 1 мес 3-4 р/год.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.