#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 430

##### Ф.И.О: Бабанина Евгения Ивановна

Год рождения: 1941

Место жительства: Васильевский р-н, г.Васильевка ул. 40 лет Победы 6-36

Место работы: пенсионер, инв IIгр.

Находился на лечении с 28.03.14 по 12.04.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, болевая форма. ЦА II. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Умеренное когнитивное снижение. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. САГ Ш ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диффузный зоб I. Эутиреоидное состояние. Хронический вирусный гепатит С ( Анти HCV+). Стадия минимальной активности ЖКБ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, боли в области сердца, одышка при ходьбе..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 27.03.14 Амарил 4мг п/з, глюкофаж 1000мг\*2р\д. Гликемия –14,4-11,8 ммоль/л. Повышение АД в течение 20 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

31.03.14 Общ. ан. крови Нв – 142 г/л эритр – 4,3 лейк –4,7 СОЭ – 22 мм/час

э- 1% п- 0% с-74 % л- 21 % м- 4%

02.04.14 Общ. ан. крови СОЭ – 23 мм/час

31.03.14 Биохимия: СКФ –86 мл./мин., хол –3,4 тригл -1,39 ХСЛПВП -0,72 ХСЛПНП -2,04 Катер -3,7 мочевина – 3,1 креатинин – 68 бил общ –17,1 бил пр – 4,3 тим – 10,5 АСТ –0,87 АЛТ – 1,5 ммоль/л;

31.03.14 Анализ крови на RW- отр

### 31.03.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –3-4 эри 0-0-1в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

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

31.03.14 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 02.03.14 Микроальбуминурия –101,8 мг/сут

От сдачи ТТГ, АТТПО отказалась.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 28.03 |  | 11,6 |  |  |
| 29.03 | 8,7 | 15,8 | 12,1 | 13,2 |
| 31.03 | 6,3 | 13,3 | 7,3 | 6,3 |
| 02.04 | 8,1 | 14,0 | 16,5 |  |
| 04.03 |  | 13,6 |  |  |
| 06.03 | 6,3 | 17,7 | 8,9 | 10,0 |
| 07.04 |  | 14,6 |  |  |
| 09.04 |  | 12,1 | 9,0 | 12,3 |
| 10.04 | 8,9 | 9,4 |  | 7,2 |
| 11.04 | 6,2 |  |  |  |

02.04Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, болевая форма. ЦА II. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Умеренное когнитивное снижение.

27.03.Окулист: VIS OD=0,4 OS=0,5

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

28.03ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

02.04Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. САГ Ш ст.

03.04.14 Гепатолог: Хронический вирусный гепатит С ( Анти HCV+). Стадия минимальной активности ЖКБ.

31.03Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

31.03РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

31.03Допплерография: Эхопризнаки неокклюзирующего заболевания артерий н/к, по типу диабетического медикаментоза ( склероз Менкеберга)

01.04УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; с увеличением её размеров, без признаков портальной гипертензии, множественных мелких конкрементов в желчном пузыре, на фоне застоя, хр. калькулезного холецистит, микролитов в почках.

02.04УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5 см3; лев. д. V = 5,8 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с множественными расширенными фолликулами до 0,38 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Н, Генсулин Р, эналаприл, глюкофаж ,амарил, индапрес, торсид энрелив.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80мм 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 R п/з- 14-16ед., Генсулин Н п/з – 22 – 24 ед. п/уж – 5-7 ед.

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. Рек. кардиолога: карведилол 12,5-мг 2р\д., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
3. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, луцетам 15,0 в/в № 10., актовегин 10,0 в/в № 10, медитан 300 мг 2р\д.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, АТТПО. Явка с результатами к эндокринолога.
6. Рк. гепатолога: контр печеночных проб 1р в 3 мес, маркеры вирусного гепатит С, РНК HCV, энердлив по 2к 3р\д 1 мес, биогая 1т 3р\д 1 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.