#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 505

##### Ф.И.О: Павленко Татьяна Викторовна

Год рождения: 1954

Место жительства: г. Запорожье, ул Серафимовича 13

Место работы: пенсионер, инв IIгр.

Находился на лечении с 10.04.14 по 24.04.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Миопия ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II-III сочетанного генеза, с-м сообщающейся гидроцефалии. Умеренный атактический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН1 Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., периодически головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, нарушение сна.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, глюкофаж). С 2013 переведена на комбинированную терапию. В наст. время принимает: Инсуман Базал п/з- 24ед., п/у-14 ед. АИТ, гипотериоз с 2001, принимает эутирокс 175 мкг/сут. Гликемия –9,8-11,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 4 лет. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает небилет 2,5 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.04.14 Общ. ан. крови Нв –136 г/л эритр –4,1 лейк –7,3 СОЭ –23 мм/час

э- 2% п-2 % с- 54% л- 36 % м- 6%

11.04.14 Биохимия: СКФ –76 мл./мин., хол – 4,30тригл -2,06 ХСЛПВП – 1,12ХСЛПНП -2,24 Катер -2,83мочевина –5,7 креатинин –72 бил общ –10,2 бил пр –2,5 тим –2,7 АСТ –0,33 АЛТ –0,81 ммоль/л;

11.04.14 Са – 2,2 ммоль/л

14.04.14 Глик. гемоглобин – 8,2 %

11.04.14 Анализ крови на RW- отр

15.04.14 С- реакт белок - отр

11.04.14ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/л

### 11.04.14 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 5-7-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. – ед в п/зр

18.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр -2500 белок – 0,037

14.04.14 Суточная глюкозурия –1,43 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.04.14 Микроальбуминурия –19,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.04 | 12,3 |  | 10,4 | 7,2 |
| 12.02 |  | 12,6 |  |  |
| 16.04 | 7,4 | 9,0 | 10,8 | 6,8 |
| 19.04 | 62 | 7,4 | 8,9 | 4,0 |

11.04Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II-III сочетанного генеза, С-м сообщающейся гидроцефалии. Умеренный атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

10.04Окулист: VIS OD= 0,08 с кор 0,8 OS=0,08 с кор 0,6

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

10.04.ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

14.04Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН1 Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

22.04Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

15.04Осмотр асс каф. терапии клин. фармакол. и эндокринологии Ткаченко О.В.: (Д-з см выше).

11.04РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

22.04УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; желчный пузырь удален

10.04УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,0см3; лев. д. V = 1,4 см3

Щит. железа меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эутирокс, тиоктацид, актовегин, нейрорубин, нуклео ЦМФ, тиотриазолин, Инсуман Базал.

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.
2. Диета № 9, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з- 26-28ед., п/уж 18-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: индап 2,5 мг 1р\д, небилет 2,5 мг\*1р/сут, предуктал МR 1т. \*3р/д. 1 мес.,

Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
2. Рек. невропатолога: кортексин 10,0 в/м №10.,цераксон (нейроксон) 1000-500мг в/м 1р/сут № 10 или в/в кап, затем в табл 1000мг/сут до 1,5 мес.
3. УЗИ щит. железы 1р. в год. Эутирокс 175 мкг/сут. ТТГ 2р\год.
4. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Гл. врач Черникова В.В.