#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 554

##### Ф.И.О: Говорун Вера Ивановна

Год рождения: 1944

Место жительства: г. Запорожье, пр. Ленина 152а кВ 5

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.04.14 по 07.05.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш, малый мозгового ишемического инсульта (1992) с приходящим левосторонним гемипарезом. ТИА (2006, 2008) в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хронический катаральный бронхит, затяжное обострение с умеренным бронохообструктивным компонентом. ЛН 1 ст (угрожаемая по бронхиальной астме). Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/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 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, давящие боли в прекардиальной области, одышка при физ нагрузках.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП.

В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 38ед., п/у – 14 ед.. Прием метформинов отменен в амб условиях в связи с плохой переносимостью ( жидкий стул). Гликемия –8-13 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 мг утр. 13.03.14 прошла курс лечения препаратами А-липоевой к-ты. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.04.14 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр –4,6 лейк – 7,5 СОЭ –15 мм/час

э-0 % п-0% с- 66% л- 31 % м- 3%

24.04.14 Биохимия: СКФ –59 мл./мин., хол –4,46 тригл – 1,41ХСЛПВП -1,46 ХСЛПНП -2,36 Катер – 2,1мочевина –6,9 креатинин –89 бил общ –29,9 бил пр –4,2 тим –6,6 АСТ – 0,24 АЛТ –0,50 ммоль/л;

06.05.14бил общ –16,7 бил пр –3,9 тим –5,3 АСТ – 0,1 АЛТ –0,27 ммоль/л;

25.04.14ТТГ – 3,9 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 156,1(0-30) МЕ/мл

### 24.04.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

25.04.14 Суточная глюкозурия –0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.04.14 Микроальбуминурия –180,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.04 | 7,0 | 8,7 | 4,9 | 10,5 |
| 28.04 | 7,3 | 7,9 | 13,4 | 10,3 |
| 04.05 | 4,7 | 8,3 | 6,4 | 8,0 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш, малый мозгового ишемического инсульта (1992) с приходящим левосторонним гемипарезом. ТИА (2006, 2008) в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

23.05Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,5 ;

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

24.04ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

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

05.05.14 ФГ№ 77764: легкие без инфильтрации. Корни малоструктурны. Сердце без особенностей.

Пульмонолог: Хронический катаральный бронхит, затяжное обострение с умеренным бронохообструктивным компонентом. ЛН 1 ст (угрожаемая по бронхиальной астме).

24.04.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

23.04УЗИ щит. железы: Пр д. V =12,4 см3; лев. д. V = 12,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: лизиноприл, амлодипин, тридуктан МВ, кардиомагнил, индап, Хумодар БР.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, пульмонолога, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-40 ед., п/уж -16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Конс кардиолога по м/ж ( в энд диспансере отказалась)

Принимает: лизинопил 10 мг 1р\д, амлодипин 10 мг векч, индапрес 2,5 мг утр, тридуктан МВ 1т 2р\д.

1. Рек. невропатолога: армадин 2,0 в/м № 10, витамины гр В, кардиомагнил 75 мг 1р\д.
2. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
3. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д.
4. Рек. пульмонолога: кровь на IgE общий в плановом порядке. Симбикорт 160 2 инг 2р\д, L-цет по 1т 1р\д, амбробене ретард 75 мг 1к утр после еды, обязательной контр спирограммы на фоне лечения ч\з 10 дней с повторным осмотром пульмонолога. В день визита симбикорт не использовать.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Гл. врач Черникова В.В