#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 567

##### Ф.И.О: Бадёра Алла Николаевна

Год рождения: 1956

Место жительства: Запорожский р–н, с. Кушугум, ул. Садовая, 14

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 29.04.14 по 08.05.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

Диабетическая нефропатия III-IV ст. ХБП II-IV ст

Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

Диабетическая энцефалопатия I-II, цефалгический с-м.

Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м, астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. СН I ф.кл. II.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние. Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 2 кг за мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г при оперативном лечении по поводу ++ , получал инсулин коротким курсом, затем инсулинотерапию. Комы отрицает.

В наст. время принимает: Диабетон MR 120 мг/сут, сиофор 1000 3р\д. 07.04.14-17.04.14 – стац лечение в кард. отд. ЗОКБ по поводу перс. Фибрилляции предсердий. При обследовании выявлен диф. зоб. ТТГ – 2,15 (0,38-4,31) Т4 св – 1,5 (0,82-1,63) от 08.04.14. Гликемия –9,3 ммоль/л. НвАIс -9,7 % от 11.04.14 . Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение более 30 лет. Из гипотензивных принимает индапамид 2,5 ½ т утром, бисопролол 5 мг утром, фарфарин 1т веч. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.04.14 Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр –4,2 лейк – 5,0 СОЭ – 31мм/час

э-0 % п- 0% с- 58% л- 37 % м- 3%

30.04.14 Биохимия: СКФ –93 мл./мин., хол –3,97 тригл -3,51 ХСЛПВП – 0,92ХСЛПНП – 1,43Катер -3,3 мочевина –9,0 креатинин – 92 бил общ –12,4 бил пр –3,1 тим –3,7 АСТ – 0,42 АЛТ –0,54 ммоль/л;

30.04.14АТ ТПО –491,6 (0-30) МЕ/мл

05.05.14 МНО – 2,09 (0,85-1,3)

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

05.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - **4500** эритр - белок – отр

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

##### .04.14 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.04 |  |  |  | 7,0 |  |
| 30.04 | 6,5 | 8,4 | 5,5 | 7,4 |  |
| 03.05 | 8,6 | 11,2 | 13,4 | 9,1 |  |
| 06.05 | 7,9 | 11,7 | 8,0 | 11,4 |  |
|  |  |  |  |  |  |

30.04.14Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш. Последствия перенесенного мизгового ишемического инсульта в пр гемисфере (2011). Вест. Атактический с-м. Левосторонняя пирамидная

Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,3

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

05.05.14 ЭКГ: ЧСС – 80 уд/мин. Вольтаж умеренно снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Удлинение ел. систолы.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Персиструющая фибрилляция предсердий СН 1. (анамнестически)

30.04.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

Нефролог: ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

Гастроэнтеролог: Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. панкреатит с ферментативной недостаточностью функции подж. железы, с нарушением внешне и внутрисекреторной функции подж. железы. Хр. гастродуоденит с болевым и диспепсическим с-мом.

30.04.14РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

29.04.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 31,9 см3; лев. д. V = 26,7 см3

Перешеек – 1,76 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы умеренна снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз, и гидрофильные очаги до 0,35 см. В пр доле с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,26\*0,9 см с фиброзными и гидрофильными включениями. У заднего контура пр доли гидрофильный очаг 0,85\*0,72 возможно узел, у переднего контура пр доле колцевидный кальценат 0,56 см. В перешейке кольцевая структура 1,66 см с гидрофилным очагом в центре, возможно изоэхогенный узел с кистозной дегенерацией. В лев доле у перешейка изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,1\*0,75 см с фиброзными и гидрофильными включениями. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Диалипон, актовегин, Генсулин Н, бисопролол, индопамид, сиофор, варфарин, витаксон, кортексин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

диабетон МR, предуктал МR, L-тироксин, L-лизина эсцинат,

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

амарил (диапирид, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

фитосед 1к 4р/д 1 мес

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

1. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
2. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
3. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, актовегин 10,0 в/в № 10, Габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед.,.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год.
5. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
6. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д.
7. Б/л серия. АГВ № 2343 с .04.14 по .05.14. К труду .05.14г.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Гл. врач Черникова В.В