#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1018

##### Ф.И.О: Рубан Валентина Афанасьевна

Год рождения: 1951

Место жительства: К-Днепровский р-н, г. Каменка-Днепровская, ул Гоголя 17-7

Место работы: н/р

Находился на лечении с 19.08.14 по 02.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. ДДПП распространенного характера, вторичная цервикалгия, торакалгия, стадия ремиссии. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ПХЭС. Хронический панкреатит, билиарного генеза в стадии обострения, с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гепатоз (стеатоз) I степени. Состояние после операции: холецистэктомия. Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. Послеоперационный гипопаратиреоз легкой степени.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Амарил 1т утром , глюкофаж 500 2р/д. Гликемия –12,0-15,0 ммоль/л. НвАIс – 9,4 % от 15.08.14. 1998 струмэктомия в связи с узловым зобом. 06.2013 – струмэктомия повторно. Принимает Эутирокс 100мкг/сут. Последнее стац. лечение в 2013г. 15.08.14 Св.Т4 - 14,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ –1,23 (0,3-4,0) Мме/л, паратгормон интактный – 35,6 пг/мл (12,0-65,0). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.08.14 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр – 4,3 лейк – 4,8 СОЭ –11 мм/час

э-2 % п- 1% с-57 % л- 38 % м- 2%

20.08.14 Биохимия: СКФ –66,91 мл./мин., хол –5,0 тригл -2,39 ХСЛПВП – 1,11ХСЛПНП – 2,80 Катер -3,5 мочевина –7,4 креатинин –87 бил общ –11,0 бил пр –2,7 тим –2,5 АСТ –0,46 АЛТ – 0,89 ммоль/л;

29.08.14 Са- 2,0 ммоль/л

27.08.14 Амилаза – 39,5 (0-90) ед/л

### 21.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

22.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000эритр - белок – отр

22.08.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 22.08.14 Микроальбуминурия –63,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.08 | 6,6 | 9,7 | 4,9 | 7,4 |
| 23.08 | 7,9 | 7,8 | 6,5 | 6,5 |
| 25.08 | 6,3 | 7,9 | 4,6 | 6,8 |
| 29.08 | 6,6 | 9,5 | 76 | 6,1 |
| 31.08 | 8,3 | 7,3 | 7,8 | 8,1 |

21.08.Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. ДДПП распространенного характера, вторичная цервикалгия, торакаглия, стадия ремиссии.

19.08.Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.08.ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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

01.09.Гастроэнтеролог: ПХЭС. Хронический панкреатит, билиарного генеза в стадии обострения. С внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический гепатоз (стеатоз) I степени. Состояние после операции: холецистэктомия.

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

27.08.Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.08.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жирового гепатоза, хр панкреатита, микролитов в обеих почка.

19.08.УЗИ щит. железы: Пр д. V =0,8 см3; лев. д. V = 0,7 см3

Контуры культей неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура не однородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Амарил, глюкофаж, эутирокс, лизиноприл, панкреатин, эспа-липон, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гинеколога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 1 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

Онглиза 5 мг 1р сут

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Лизиноприл 5 мг утром 10 мг веч, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 2,0 в/м № 10 затем per os 1т. \*2р/д 20 дней, виноксин МВ 1т 2р\д до 1 мес.
6. Эутирокс 100 ммг/сут. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, паратгормон 2р\год, контр ионизированного Са в динамике, препараты кальция.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
8. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, ммепсин ретард или меверин 1к 3р\д 2 нед., урсолив или урсохол 1к на ночь 1 мес. смарт омега 1к 1р\д во время еды.

##### Леч. врач Ермоленко В.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.