#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 787

##### Ф.И.О: Демура Татьяна Ивановна

Год рождения: 1959

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Ленина 12-35

Место работы: ЖЭУ ЧАО «ЗЖРК», уборщица территории.

Находился на лечении с 23.06.14 по 02.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II преимущественно в ВБС. Цереброастенический с-м. Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце СН I. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Хроническая инфекция мочевыделительной системы.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 2012 в связи с декомпенсацией переведена на Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 28ед., п/у-18 ед., диаформин 850 2р/д. Гликемия –11,7-10,0 ммоль/л. НвАIс -7,5 % от 17.06.14. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 10 лет. ТТГ – 6,0 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТГ 97,6 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО 14,4 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.06.14 Общ. ан. крови Нв – 133 г/л эритр – 4,2 лейк – 5,7 СОЭ – 12 мм/час

э- 7% п- 1% с-55 % л- 31 % м- 6%

24.06.14 Биохимия: СКФ –88 мл./мин., хол –5,82 тригл -2,4ХСЛПВП – 1,21ХСЛПНП – 3,41Катер -3,8 мочевина –7,0 креатинин – 96 бил общ –16,2 бил пр –4,0 тим – 2,1 АСТ – 0,46 АЛТ –0,58 ммоль/л;

27.06 ТТГ – 3,4 (0,3-4,0) Мме/л

### 24.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 2-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

26.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -23500 эритр - 250 белок – отр

25.06.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 25.06.14 Микроальбуминурия –24 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.06 | 6,8 | 8,3 | 6,7 | 8,9 |
| 27.06 | 6,2 | 6,0 | 7,0 | 11,0 |
| 01.07 | 8,2 | 8,2 | 6,6 | 9,0 |

24.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II преимущественно в ВБС. Цереброастенический с-м.

Окулист: VIS OD=0,7 OS= 0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

17.06.ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

24.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.06РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

24.06Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

26.06УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; функционального раздражения кишечника, желчный пузырь удален.

23.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,8 см3; лев. д. V =3,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Медитан, эналаприл, диаформин, индапрес, триттико, офлоксацин, Фармасулин НNР, диалипон, актовегин, витаксон.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з-28-30 ед., п/уж -18-20 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

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. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 20 мг) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 10 мг утром, индапрес 2,5 мг утром . Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.
5. Рек. невропатолога: луцетам 10,0 в/в стр, № 10 реп.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. офлоксацин 1 т.\*2 р. 5 дней, 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
8. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
9. Б/л серия. АГВ № 234462 с 23.06.14 по 02.07.14. К труду 03.07.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.