#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 793

##### Ф.И.О: Мельникова Мария Ивановна

Год рождения: 1936

Место жительства: Михайловский р-н, с. Виноградовка 17

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 24.06.14 по 04.07.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС на фоне ГБ, кризовое течение. Вестибуло-атактический с-м. ИБС, впервые возникшая стенокардия СН1 Ф.к. II. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. я. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диабетон МR 60 мг/сут Гликемия –10-16 ммоль/л. НвАIс - 9,9% от 28.02.14 Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.06.14 Общ. ан. крови Нв – 129 г/л эритр –4,2 лейк –6,8 СОЭ –28 мм/час

э-3 % п- 0% с-67 % л- 21 % м- 9%

25.06.14 Биохимия: СКФ –55 мл./мин., олл –4,7 тригл – 3,06ХСЛПВП – 1,01ХСЛПНП – 2,29Катер -3,6 мочевина –7,0 креатинин –93 бил общ –9,9 бил пр –2,5 тим – 2,9 АСТ – 0,29 АЛТ – 0,19 ммоль/л;

25.06.14 тропонины – отр

27.06.ТТГ – 1,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 94,8 (0-30) МЕ/мл

26.06.14 Гемогл – 128; гематокр – 0,42 ; общ. белок –73 г/л; К –4,3 ммоль/л

26.06.14 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 93 %; фибр –3,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 100%; св. гепарин – 4\*10-4

29.06.14 Проба Реберга: Д-1,5 л, d-1,04 мл/мин., S-1,87 кв.м, креатинин крови-91,3 мкмоль/л; креатинин мочи- 5220 мкмоль/л; КФ-55,0 мл/мин; КР- 98,1 %

### 25.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ум; эпит. перех. – ед в п/зр

27.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – 0,096

29.06.14 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр0,087

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.06 |  |  | 11,7 | 12,4 |
| 25.06 | 7,4 | 10,3 | 10,5 | 12,0 |
| 26.06 |  |  | 10,3 | 10,8 |
| 27.06 | 8,8 | 9,5 | 8,4 | 10,7 |
| 28.06 | 8,9 | 6,7 | 8,0 | 9,8 |
| 29.06 | 7,8 | 10,5 | 9,7 | 11,6 |
| 30.06 | 7,2 | 6,9 | 9,2 | 12,3 |
| 01.07 | 8,0 | 7,2 | 7,8 | 10,1 |
| 02.07 | 6,4 | 8,1 | 11,0 | 10,2 |
| 03.07 | 4,8 | 7,0 | 7,6 | 7,5 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС на фоне ГБ. Вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD=0,2 н/к OS= 0,1 н/к ;

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

24.06ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

25.04.14 Осмор асс каф. Соловьюк А.О.: ИБС, впервые возникшая стенокардия СН1 Ф.к. II.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.06.14УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,8 см3; лев. д. V = 9,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с множественными расширенными фолликулами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: эналаприл, индап, диапирид, Диабетон MR, аспекард, кардикет, персен, предуктал MR, каптоприл, диалипон, витаксон, пирацетам

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/70 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. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 5000 - 1т. \*веч

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Конс кардиолога по м\ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2-3 мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 2р\год.
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, ФЭК + ИОЛ на ОИ.
10. Рек асс. каф. Соловьюк А.О: кардикет 20 мг 2р\д, аспекард 100 мг\сут, седоивная терапия, предуктал MR 1т 2р\д, эналаприл 5 мг 2р\д, индап 1т утром.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.