#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 791

##### Ф.И.О: Мишакова Зинаида Дмитриевна

Год рождения: 1944

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Кушугум, ул. Фурмакова 13

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 24.06.14 по 04 .07.14 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ IVст Атеросклероз. ЗББА с 2х сторон, стеноз берцового сегмента с 2х сторон. Хронический остеомиелит 1 плюсневой кости. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Ожирение II ст. (ИМТ 37кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Диффузный зоб 1 ст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 20 кг за год, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (Диабетон MR, сиофор). 12.04.13 - ампутация д/фаланги 3п пр стопы, в связи с чем переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у-10 ед., глюкофаж 500 2р\д. Гликемия –7,6-8,2 ммоль/л. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает липразид 20 мг 2/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.06.14 Общ. ан. крови Нв – 122 г/л эритр – 3,8 лейк – 7,8 СОЭ –26 мм/час

э- 3% п-0 % с- 67% л- 27 % м- 3%

25.06.14 Биохимия: СКФ –73 мл./мин., оль –5,4 тригл – 2,3ХСЛПВП -0,79 ХСЛПНП – 3,56Катер -5,8 мочевина –6,3 креатинин –91 бил общ –146 бил пр –3,6 тим –4,0 АСТ – 0,14 АЛТ –0,14 ммоль/л;

04.07.ТТГ – 2,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 21,2(0-30) МЕ/мл

### 25.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 7-9 в п/зр белок – 0,129 ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. –ед в п/зр

26.06.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,056

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.06 | 6,6 | 7,6 | 7,7 | 6,0 |
| 26.06 |  | 7,0 | 5,7 |  |
| 29.06 | 5,2 | 6,6 | 7,2 | 6,7 |
| 03.07 | 5,6 | 10,1 |  |  |

25.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м.

Окулист: VIS OD=0,1 н/к OS= 0,09 н/к ; ВГД OD= 22 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

20.06ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная. Диффузные изменения миокарда.

20.06Ангиохирург: Атеросклероз. ЗББА с 2х сторон, стеноз берцового сегмента с 2х сторон. ХИ IVст.

19.06.14 Р-гр пр стопы: культи 1-II-IIIп на уровне плюсневых костей. Верхний край культи 1п с признаками деструкции.

19.06.14 ФГ ОГК № 78920: без особенностей.

Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ IVст. Хронический остеомиелит 1 плюсневой кости.

25.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8см3; лев. д. V = 4,6 см3

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

Лечение: Лизиноприл, трифас, индапрес, глюкофаж, медитан, эспа-липон, витаксон, солкосерил, тиоцетам, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, цефтриаксон. 25.06.14 начат курс Р-терапии на культю 1п. правой стопы.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая заключения окулиста: Д-з: VIS OD=0,1 н/к OS= 0,09 н/к . Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Больной рекомендовано вводить инсулин при помощи шприц ручек (выдать по возможности по м\ж).

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР пенф п/з-22-24 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 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 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Лизинопил 20 мг 2р/д, индопрес 2,5 мг утром, трифас 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., медитан 300 1т \*2р\д 1 мес.
5. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
6. Рек. сосудистого хирурга: госпитализация в УСЭХ для ангиографии и эндоваскулярного вмешательства.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Йодированная соль
8. Рек. окулиста: курс дедистофической терапии в глазном отделении.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.