#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 802

##### Ф.И.О: Саламантина Татьяна Григорьевна

Год рождения: 1955

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чаривная 149-38

Место работы:

Находился на лечении с 25.06.14 по 08.07.14 в диаб. отд. (ОИТ с 26.06-01.07.14)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. ХБП Шст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с МКБ, пиелонефрит, в стадии обострение. Артифакия ОД. Зрелая катаракта OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза, Лакунарный ишемический инсульт (06.2013). Левосторонняя пирамидальная недостаточность. Вестибуло-атактический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Артериальная гипертензия.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/120 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая в 2001. С начала заболевания ССТ. С 2001 переведена на инсулинотерапию в связи с декомпенсацией. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-40 ед., п/о- 23ед. Гликемия –8,3-21,0-6,0 ммоль/л. НвАIс -8,7 % от 27.06. Последнее стац. лечение в 2009г. У больной МКБ, стац лечение в х/отд с 19.04.14 по 25.04.14 Дз: МКБ правосторонняя почечная колика. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

26.06.14 Общ. ан. крови Нв – 114 г/л эритр – 3,5 лейк –4,0 СОЭ –34 мм/час

э-0 % п- 2% с- 65% л-32 % м- 1%

02.07.14 Общ. ан. крови Нв – 106 г/л эритр – 3,2

э-2 % п- 1% с- 52% л-56 % м- 10%

26.06.14 Биохимия: СКФ –27 мл./мин., хол –7,8 тригл -2,95 ХСЛПВП -1,22 ХСЛПНП – 5,23Катер -5,4 мочевина –12,5 креатинин – 261 бил общ –18,5 бил пр –4,6 тим –8,8 АСТ – 0,45 АЛТ – 0,23 ммоль/л;

26.06.14 Амилаза – 30,3 ( до 90) Ед/л

04.07ТТГ –2,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 103,4 (0-30) МЕ/мл

26.06.14 Гемогл – 113 ; гематокр –0,36 ; общ. белок – 80 г/л; К – 5,6 ; Nа – 144 ммоль/л

28.06.14 К – 4,9 ммоль/л

01.07.14 К – 5,1 ммоль/л

04.07.14 К – 5,3 Na -137,2 ммоль/л

07.07.14 К – 4,8 ммоль/л.

26.06.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 6 мин.; ПТИ –93,8 %; фибр –3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

27.06.14 Проба Реберга: Д- л1,2, d-0,83 мл/мин., S- 1,88кв.м, креатинин крови-207 мкмоль/л; креатинин мочи- 5400 мкмоль/л; КФ- 19,2мл/мин; КР- 95,8%

### 26.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 4-5 эрит – 0-1в п/зр белок – 0,895 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

27.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - 250 белок – 0,684

02.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 7500эритр - белок – 0,420

02.07.14 Суточная глюкозурия –отр; Суточная протеинурия – 1,437

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 26.06 | 7,5 | 10,7 | 5,7 | 4,6 |  |
| 27.06 | 9,3 | 11,3 | 5,1 | 8,0 |  |
| 28.06 | 12,7 | 10,4 | 4,6 | 10,1 |  |
| 29.06 1.00-9,3 | 9,7 | 8,3 | 7,2 | 6,2 |  |
| 30.06 | 9,0 | 8,7 | 4,4 | 9,6 |  |
| 01.07 | 11,2 | 9,4 |  |  |  |
|  | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.07 | 8,1 | 14,9 | 6,7 | 9,1 |  |
| 04.07 2.00-6,1 | 10,7 |  | 5,7 |  |  |
| 06.07 | 8,9 | 6,4 | 6,5 | 9,4 |  |

26.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш сочетанного генеза, Лакунарный ишемический инсульт (06.2013). Левосторонняя пирамидальная недостаточность. Вестибуло-атактический с-м.

26.06Окулист: VIS OD= 0,5 OS= движ руки у лица

Артифакия ОД. Тотальное помутнение хрусталика OS. Глазное дно OS не офтальмоскопиреуется. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Артифакия ОД. Зрелая катаракта OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

25.06.14ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Рубец по задней стенке?.

24.06 Кардиолог: ХБП Ш ст, артериальная гипертензия.

23.06.Нефролог: Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с МКБ, пиелонефрит, в стадии обострение. Артериаьная гипертензия

03.07УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,7 см3; лев. д. V = 9,8 см3

Перешеек – 0,6 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий и крупный фиброз и гидрофильные очаги до 0,35 см. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Р, Генсулин Н, нормазе, габантин, кардиомагнил, диакордин, трифас, ново-пасит, торвакард, нейрорубин, нуклео ЦМФ, луцетам, диалипон, энтеросгель, цифран, вестинорм, панкреатин, нормазе, кориол, флуконазол, фуросемид.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. В связи с тяжестью состояния больная переведена на дробную схему инсулинотерапии. Уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая заключение окулиста : VIS OD= 0,5 OS= движ руки у лица Артифакия ОД. Зрелая катаракта OS. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Больной рекомендовано вводить инсулин при помощи шприц ручек, выдать инсулин по м/ж в пенфильной форме.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия Генсулин R (пенф): п/з-20-22ед., п/о- 8-10ед., п/уж 6-8 ед., Генсулин Н(пенф) 22.00 14-16 ед. ед. Выдано 2 шприц ручки Bioton pen 2 шт.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
2. Кориол 12,5 2р\д, фуросемид 40 мг 1т\д 2р\нед, диакордин 120 мг 1/2т 2р\д., кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
3. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес. луцетан 800 мг 2р\д 2-3 мес. габантин 300 г 2р\д 1 мес
4. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, вестибо 16 мг 1т 3р\д до 2 мес., МРТ головного мозга.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 6 мес.
6. Рек нефролога канефрон 2т 3р/д 3-4 курса в год, диета с ограничением поваренной соли, белка, продуктов богатых пуринами и калием, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., ФЭК + ИОЛ на OS.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.