#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 887

##### Ф.И.О: Москалюк Татьяна Петровна

Год рождения: 1947

Место жительства: г. Запорожье, ул. Запорожская 1-297

Место работы: н/р

Находился на лечении с 15.07.14 по 01.08.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к II. Хроническая ревматическая болезнь сердца, порок аортального клапана, персистирующая форма фибрилляций предсердий. СН IIA ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш, сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического инсульта (2010). Левосторонняя пирамидная недостаточность. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Смешанный зоб. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния преимущественно во 2–й половине дня, вплоть до ком (31.12.2013 – вызов СМП на дом), увеличение веса на 3-4 кг за год, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, отеки лев. стопы ( после травмы).

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП непродолжительно (около 1 мес), но в связи со стойкой декомпенсацией в усл эндокриндиспансера переведена на инсулин. Пользовалась Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Генсулин R п/з-10ед., п/у-6 ед., Генсулин Н п/з 26 ед; п/у 10 ед. Гликемия –2,4-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 15 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.07.14 Общ. ан. крови Нв – 135 г/л эритр –4,0 лейк – 4,1 СОЭ –22 мм/час

э- 1% п- 2% с- 61% л- 29% м- 7%

28.07.14 СОЭ 20 мм/час

16.07.14 Биохимия: СКФ –61,4 мл./мин., хол –3,9 тригл – 1,31ХСЛПВП – 2,25ХСЛПНП – 1,05Катер -0,73 мочевина –6,4 креатинин –86 бил общ –18,1 бил пр –4,7 тим –1,2 АСТ – 0,29 АЛТ – 0,13 ммоль/л;

23.07.14 Анализ крови на RW- отр

18.07.14ТТГ –3,5 (0,3-4,0) Мме/л

### 16.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. –ед в п/зр

18.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 250 эритр - белок – отр

17.07.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 18.07.14 Микроальбуминурия –15,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.07 | 6,7 | 9,1 | 4,0 | 2,8 | 3,3 |
| 17.07 | 9,3 |  |  | 4,7 |  |
| 20.07 | 8,4 | 9,1 | 9,7 | 3,6 | 2,5 |
| 22.07 | 6,6 |  |  | 14,4 |  |
| 23.07 | 7,1 | 11,0 | 6,7 | 7,9 |  |
| 25.07 |  | 18,9 |  |  |  |
| 26.07 |  | 15,2 |  |  |  |
| 27.07 | 7,0 | 9,0 | 6,7 | 7,3 | 4,0 |
| 28.07 |  |  |  |  | 2,4 |
| 29.07 | 9,4 | 9,7 |  | 8,8 | 9,1 |
| 31.07 | 4,6 |  | 11,0 | 7,3 | 4,9 |
| 01.08 | 8,5 |  |  |  |  |

17.07Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II-Ш, сочетанного генеза. Последствия перенесенного ишемического инсульта (2010). Левосторонняя пирамидная недостаточность.

15.07Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,4 ; Помутнения в хрусталиках ОИ.

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

15.07ЭКГ: ЧСС -55 уд/мин. Вольтаж умеренно снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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

16.07РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

15.07.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,4см3; лев. д. V = 12,8 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В левой доли у переднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,38\*1,57. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: Генсулин R, Генсулин Н, тиоктацид, актовегин, глиятон, нейрорубин, глюкоза 40%, торвакард, амлодипин, кардиомагнил, лизиноприл, алзепил, индапрес.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, клинически гипогликемических состояний не отмечает, но в анализах сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к, шаткость при ходьбе, головокружения. АД 130/80 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. Инсулинотерапия: п/з Генсулин R - 6-8ед., Генсулин Н 26-28 ед.. п/уж – Генсулин Н - 3-4 ед, При сохраняющейся неустойчивой гликемии, гипогликемических состояний, рекомендована повторная госпитализация для изменения режима инсулинотерапии.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Лизиноприл 10 мг утром, амлодипин 10 мг веч, кардиомагнил 1 т. вечер. индапрес 1т утром. Торвакард 10 мг веч. Контр. АД.
8. Тиоктацид ( диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: глиятон 400 мг 2р\сут, алзепил (альмер) 10 мг веч..
10. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
11. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.