#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 705

##### Ф.И.О: Калиенко Таисия Григорьевна

Год рождения: 1948

Место жительства: г. Энергодар ул. В-Интернационалистов 30-96

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 03.06.14 по 17.06.14 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза преимущественно в ВБС Вестибуло-атактический с-м. Цефалгический с-м. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Миопия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Инфекция мочевыводящих путей. Ожирение Ш ст. (ИМТ 45 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1 ст ( узлы левой доли). Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 2010 в связи с декомпенсацией СД переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-50 ед., п/у- 40ед., Глюкофаж 850 мг – 1р\д ( при увеличении дозы глюкофажа – жидкий стул). Дозу инсулина самостоятельно увеличила. Ранее принимала Хумодар Б100Р п/з-42 ед., п/у- 30ед. Гликемия –13-20 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2010г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 30 лет. Из гипотензивных принимает диакордин 120 мг 2р\д. 02.04.10 ТТГ – 3,3 АТТГ -344,4; АТТПО – 12,1. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.06.14 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,3 лейк –8,6 СОЭ –7 мм/час

э- 1% п- 1% с-57 % л-35 % м- 6%

04.06.14 Биохимия: СКФ –82 мл./мин., хол –6,22 тригл - ХСЛПВП – 2,91ХСЛПНП -1,26 Катер -3,63 мочевина –8,7 креатинин –120 бил общ –10,2 бил пр –2,5 тим – 4,8 АСТ –0,65 АЛТ – 0,29 ммоль/л;

12.06.14 Мочевина 3,0, креатинин 91

### 04.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –10-18 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

05.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -87000 эритр - 250 белок – 0,029

11.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 202500 эритр -1000 белок – 0,025

16.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 29000 эритр -33000 белок – отр

17.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок –

05.06.14 Суточная глюкозурия – 0,56 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.06.14 Микроальбуминурия – 17,6мг/сут

16.06.14 ТТГ, Т4 св- сданы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.06 | 7,0 | 12,4 | 8,4 | 8,8 |
| 06.06 | 7,6 | 11,5 | 9,0 | 6,8 |
| 08.06 | 6,7 | 9,7 | 8,2 | 8,9 |
| 12.06 |  | 11,9 |  |  |
| 14.06 | 6,1 | 7,8 | 9,5 | 7,8 |

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

03.06Окулист: VIS OD=0,2-2,0=4,0 OS= ; В0,3-2,0=0,6ГД OD= 22 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Миопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

10.06ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

05.06Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.06Нефролог: ХБП Iст.: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения, артериальная гипертензия.

04.06РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

17.06.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки выраженных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить наличие мелких конкрементов в желчном пузыре, функционального раздражения в кишечнике, микролитов в почках.

03.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,1 см3; лев. д. V = 12,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с прослойками фиброза и единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. В лев доле у перешейка гидрофильный узел 1,49\*1,12 с изоэхогенным включениями В в/3 левой доле гидрофильный узел 0,96\*0,66 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доли.

Лечение: тридуктан МВ, изокет спрей, эналаприл, сиофор, диокардин, трифас, предуктал MR, розард, офлоксин, кардиомагнил, Хумодар БР, Хумодар РР, тиогамма турбо, актовегин, витаксон, тиотриазолин, сиофор,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 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: Хумодар Б100Р п/з-44 ед., п/уж -32 ед., Хумодар Р100Р п/з – 10 ед.

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

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. Рек. кардиолога: Эналаприл 10 мг 2р\д, кардиомагнил 75 мг 1р\д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., при болях в сердце изокет спрей 1-2 дозы. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Тиогамма 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.
6. Рек. невропатолога: кавинтон 2,0-4,0-6,0 в/в кап на 10,0 ф./р № 10.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит железы на 17.06.14 в 14.00. Повторный осмотр эндокринолога с результатами ТТГ,Т4св. ТАПБ.
8. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
9. Рек. нефролога: продолжить курс антибактериальной терапии до 10 дней. Адекватная гипотензивная терапия.
10. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д.
11. Повторный осмотр нефролога, конс уролога в ЗОКБ или по м\ж.( по данным ан. мочи по Нечипоренко сохраняется лейкоцитурия). От повторной консультации нефролога, уролога в настоящее время отказалась.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.