#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 703

##### Ф.И.О: Котий Евгения Яковлевна

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье, ул. Ермолаевой 13-3

Место работы: ИВ IIгр уд 009365

Находился на лечении с 02.06.14 по 13.06.14 в диаб. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП распространенного хар-ра. Энцефалопатия сочетанного генеза. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IIIст. ХБП I ст Ожирение Ш ст. (ИМТ 46 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, диффузный кардиосклероз,СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Лекарственная аллергия в анамнезе на многие препараты, отек Квинке.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, головокружения, отеки стоп к вечеру, приступы затрудненного дыхания в течение дня.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 2009 инсулинотерапия в связи декомпенсацией : Фармасулин НNР, но в связи с плохой переносимостью отменен. В 2012 – начала введение Лантуса. В течении последнего полугода находилась в клиническом исследовании по эффективности и безопасности инсулинов Лантус и Эпайдра. При добавлении к терапии инсулина Эпайдра больная отметила реакцию в виде отечностей тела, першения в горле, чувство запорошенности глаз, усиление приступов затрудненного дыхания. При обследовании у аллерголога данных об аллергической реакции на Эпайдру не выявлено, но из-за боязни пациентки данный вид инсулина отменен. В наст. время принимает: Лантус п/з-60 ед., глюкофаж 1000 мг\*2р/сут. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 30лет. Из гипотензивных принимает энап 10 мг 2р/д. амлодипин 5-10 мг. Лекарственная аллергия в анамнезе на многие препараты, отек Квинке. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.06.14 Общ. ан. крови Нв –132 г/л эритр – 4,0 лейк –7,5 СОЭ –21 мм/час

э- 1% п- 0% с- 57% л- 39 % м-3 %

03.06.14 Биохимия: СКФ –115 мл./мин., хол – 5,73тригл -1,35 ХСЛПВП -1,37 ХСЛПНП -4,4 Катер -3,2 мочевина –4,4 креатинин –90 бил общ –9,2 бил пр –2,3 тим –2,1 АСТ – 0,23 АЛТ –0,42 ммоль/л;

05.06.14 С- реактивный белок – отр.

03.06.14 Анализ крови на RW- отр

06.06.14ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –63,1 (0-30) МЕ/мл

03.06.14 К – 4,0 ; Nа –136 Са – 2,36 ммоль/л

### 03.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –7-10 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

05.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр - 250 белок –0,026

11.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 100 эритр - 250 белок – 0,036

06.06.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 06.06.14 Микроальбуминурия –74,08 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.06 | 6,4 | 6,9 | 10,4 | 6,4 | 4,8 |
| 06.06 | 5,7 | 7,4 | 10,5 | 6,2 | 5,4 |
| 12.06 | 6,0 |  | 9,7 | 11,1 |  |

03.06.Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП распространенного хар-ра. Энцефалопатия сочетанного генеза. Остеопороз?

03.06Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,8

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены неравномерно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

02.06ЭКГ: ЧСС -84 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

04.06Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз,СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

03.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.06РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

03.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4см3; лев. д. V =5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными расширенными фолликулами до 0,35 см. В левой доле в н/з гидрофильный узел 0,67 с четкими ровными контурами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли.

Лечение: Энап, амлодипин, трифас, предуктал MR, глюкофаж, Лантус, берлитион, нейроксон

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились отдышка, отеки н/к. АД 130-140/80 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: Лантус п/з- 60-62ед.,

глюкофаж (сиофор, диаформин) 1000 - 1т. \*2р/сут. При простпрандиальной гипергликемии к терапии добавить онглиза 5мг или Янувия 50 мг.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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: дилтиазем ретард 90мг \*2р/д., тридуктан МВ 1т. \* 2р/д., лозап 50-100 мг\сут, клопидопргель 75 мг 1р\д, Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж. Суточный мониторинг ЭКГ.
5. Энап 10 мг 2р\сут, амлодипин 5 мг/сут, трифас 10 мг утр. Контр. АД.
6. Берлитион (Диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес.
7. Рек. невропатолога: цераксон 500 мг в/в кап или в/м 10-14 дней, затем в таблетках 500 мг\сут 1,5 мес. Дообследование: денситометрия.
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.