#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 704

##### Ф.И.О: Берлянт Полина Михайловна

Год рождения: 1960

Место жительства: Запорожье, ул. Запорожская 1, кв 206

Место работы: н/р

Находился на лечении с 03.06.14 по 16.06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Высокая осложненная миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст Гипертоническая болезнь 1-IIст. Узловой зоб 1 ст, узлы левой доли. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., головные боли, склонность к запорам.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 04.2013, в Израиле назначена инсулинотерапия Лантус, с 04.2014 – п/о добавлен Новорапид. ( пациентка обеспечина инсулином по 09.2014, а также планирует смену м/ж). В наст. время принимает: Глюкофаж 850\*3р/д. Лантус 21.00 – 20 ед. Новорапид п/о- 8-12 ед. Гликемия –8,3-12,0 ммоль/л. НвАIс – 8,9 % от 01.2014. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает лозардекс 50 мг утр. литорва 40мг веч. Узловой зоб выявлен в 2009. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.06.14 Общ. ан. крови Нв – 123 г/л эритр – 3,7 лейк – 7,3 СОЭ –15 мм/час

э-2 % п- 0% с- 56% л- 33 % м- 9%

04.06.14 Биохимия: СКФ –54,62 мл./мин., хол –3,95 тригл -1,55 ХСЛПВП -1,12 ХСЛПНП -2,12 Катер -2,5 мочевина – 3,4 креатинин –97 тим –1,2 АСТ – 0,27 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

13.06.14 тим -0,64 АСТ – 0,44 АЛТ – 0,45.

06.06.14ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/л

### 04.06.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ув; эпит. перех. - в п/зр

06.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

05.06.14 Суточная глюкозурия – 1,17%; Суточная протеинурия – 0,039

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.06 | 7,7 | 12,0 | 6,9 | 7,7 |
| 07.06 | 9,4 | 12,5 | 7,6 | 5,5 |
| 11.06 | 6,5 | 11,5 | 8,1 | 10,0 |
| 13.06 | 7,5 | 7,2 | 5,8 | 12,4 |

Гипергликемия в 20.00 обусловлена погрешностью в диете.

13.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

14.05Окулист: VIS OD= 0,06с кор 0,4 OS= 0,06 с кор 0,4

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, ретинальные кровоизлияния. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Высокая осложненная миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.06ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

04.06Кардиолог: Гипертоническая болезнь 1-II стадии.

04.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.06РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

05.06.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,2 см3; лев. д. V = 5,5 см3

Щит. железа не увеличена, неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с мелким фиброзом и единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. В пр доле у переднего контура гидрофильный узел 1,1\*0,65 см. с четкими ровными контурами. В лев доле в в/з такой же узел 0,67 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Амарил, лозардекс, Лантус, Новорапид, Тиогамма, актовегин, нуклео ЦМФ, тивортин, литорва.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. В реестре по м/ж не состоит.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 6-8ед., п/о-8-10 ед., Лантус 21.00 – 21-23 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии
5. Гиполипидемическая терапия (литорва 40 мг веч) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: Дообследование: Динамика АД, суточное мониторирование ЭКГ. Арифон ретард 1т утр
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес.
9. Рек. невропатолога: Дообследование ЭЭГ картирование, УЗД МАГ. Повторный осмотр после дообследования.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узла щит. железы.
11. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А.

Нач. мед. Костина Т.К.