#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 718

##### Ф.И.О: Григоренко Тамара Ивановна

Год рождения: 1952

Место жительства: г. Запорожье, ул Вахтина 49

Место работы: пенсионер, инв 1 гр.

Находился на лечении с 05.06.14 по 24 .06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОД. Тракционная отслойка сетчатки ОД. Терминальная оперированная глаукома ОД. Артифакия OS. Авитрия ОS. Открытоугольная Ш в, глаукома ОS. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия Ш ст. ХБП II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-патический с-м. Ожирение II ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл. постинфарктный кардиосклероз ( 2003, 2012) СН II А ф.кл. II. Аортальный стеноз. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Смешанный зоб II узлы обеих долей и перешейка. Эутиреоидное состояние. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с ферментативной недостаточностью функции поджелудочной железы внешне и внутрисекреторной. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Язвенная болезнь н/фаза. Рубцовая деформация луковицы 12п кишки.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, шум в голове, вздутие живота, боли в обл пр. подреберья.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. С начала заболевания ССП (манинил). С 2004 в связи со стойкой декомпенсацией, прогресс. сосудистых осложнений, переведена на инсулинотерапию: Хумодар К25100Р, затем Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В 2007 переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-35 ед., п/о-35ед., п/у- 35ед., Протафан НМ 22.00 – 42 ед. Гликемия –10,0-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 11 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.06.14 Общ. ан. крови Нв –154 г/л эритр –4,6 лейк –4,6 СОЭ –12 мм/час

э- 1% п- 1% с-65 % л- 30% м- 3%

06.06.14 Биохимия: СКФ –70,18 мл./мин., холл – 5,9тригл – 1,79ХСЛПВП -0,75 ХСЛПНП -4,34 Катер -6,9 мочевина –6,1 креатинин – 117 бил общ –10,0 бил пр – 2,5 тим – 1,3 АСТ – 0,24 АЛТ –0,45 ммоль/л;

18.06.14 Глик. гемоглобин – 11,1%

06.06.14 Анализ крови на RW- отр

06.06.14ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/л АТТПО – 26,1 (0-30) Мед/мл

10.06.14 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 96 %; фибр –5,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

### 06.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. –ед в п/зр

18.06.14 кал на я/г отр.

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

10.06.14 Суточная глюкозурия – 1,05%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.06.14 Микроальбуминурия –28,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.06 | 13,7 | 12,8 | 5,4 | 9,5 | 10,8 |
| 11.06 | 11,3 | 14,5 | 6,8 | 10,7 | 12,1 |
| 15.06 | 11,0 | 8,4 | 7,1 | 14,8 |  |
| 19.06 | 14,8 | 15,1 | 13,2 | 13,9 |  |
| 22.06 | 8,7 | 13,0 | 9,8 | 11,5 |  |
| 23.06 |  | 12,9 |  | 9,9 |  |
| 24.06 |  | 11,6 |  |  |  |

ТАПБ узлов щит железы проведена 13.06.14.

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-патический с-м.

06.06Окулист: VIS OD= ноль OS= 0,03н/к ;

Помутнение и отек роговицы ОД. Артифакия OS. Авитрия OS. Детали глазного дна не офтальмоскопируются. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОД. Тракционная отслойка сетчатки ОД. Терминальная оперированная глаукома ОД. Артифакия OS. Глаукома ОS.

06.06ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Рубец по задней стенке. Выраженные изменения миокарда переднебоковой области. При сравнении с ЭКГ от 05.06.14 без динамики.

24.06ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Рубец по задней стенки. Гипертрофия левого желудочка. Изменения миокарда переднебоковой области. При сравнении с предыдущей ЭКГ без отр динамики.

Осмотр асс каф терапии клин фарм. Ткаченко О.В.: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Помутнение стекловидного тела ОД. Тракционная отслойка сетчатки ОД. Терминальная оперированная глаукома ОД. Оперированная глаукома ОД Артифакия OS. Авитрия ОS. Открытоуголная Ш в, Глаукома ОS. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с ферментативной недостаточностью функции поджелудочной железы внешне и внутрисекреторной. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Язвенная болезнь н/фаза. Рубцовая деформация луковицы 12п кишки ИБС, постинфарктный кардиосклероз (2003, 2011) стенокардия напряжения Ш ф. кл СН IIА ф. кл II. ГБ Ш. Гипертрофия ЛЖ, очень высокий риск.

06.06Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл. постинфарктный кардиосклероз ( 2003,2012) СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

ЭХО КС: КДР- 5,73см; КДО-161,9 мл; КСР- 4,31см; КСО-83,6 мл; УО-78,2 мл; МОК- 6,3л/мин.; ФВ-48,3 %; просвет корня аорты -2,5 см; ПЛП - 3,14см; МЖП –0,74 см; ЗСЛЖ –0,92 см; ППЖ- 2,09см; ПЛЖ-5,73 см; По ЭХО КС: склеротические изменения стенок АО, створок АК . Увеличение полости ПЖ,ЛЖ, ЛГ 1 ст, рубец с/3 МЖП и задней стенки ЛЖ, систолическая дисфункция ЛЖ, краевой фиброз ВСМКС МР до 1 ст.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.06.14 Р-скопия ЖКТ: хронический гастродуоденит. Рубцовая деформация луковицы 12п к. Признаки увеличения тела поджелудочной железы.

23.06Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с ферментативной недостаточностью функции поджелудочной железы внешне и внутрисекреторной. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Язвенная болезнь н/фаза. Рубцовая деформация луковицы 12п кишки.

11.06.РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

11.06УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2 ст с увеличением её размеров, застоя в желчном пузыре, функционального раздражения кишечника, микролитов в почках. .

05.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,2 см3; лев. д. V = 12,8 см3

Перешеек –1,3 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,14\*1,03 см. такой же узел в в/3 левой доли 1,25\*1,0 В перешейке слева гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,38\*1,1 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей и перешейка.

Лечение: Веноксин MR, фенигидин, Актрапид НМ, Протафан НМ, конкор, предуктал MR, кардиомагнил, трифас, эфокс, сиднофарм, тиогамма, актовегин, нейрорубин, клофелин, энап Н, физиотенс.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст. Достичь компенсации не удается ввиду не соблюдение режима диетотерапии, о чем неоднократно проводились беседы, учитывая сопутствующую патологию (ИБС, стенокардия напряжения, Ш ф.кл. постинфарктный кардиосклероз ( 2003, 2012) СН II А ф.кл. II. Аортальный стеноз. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.) гликемию рекомендовано удерживать в пределах 6,0-10,0 ммоль/л .

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: Актрапид НМ, п/з-38-40 ед., п/о-36-38 ед., п/уж -36-38 ед Протафан НМ., 22.00 50-52ед

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

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: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., физиотенс 0,2 мг веч. Энап Н 1т 2р\д, эфокс 50 мг 1р\сут, сиднофарм 2 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: МАГ В связи с рецидивирующими ангинальными болями, конс кардиохирурга для решения вопроса дальнейшей тактики лечения.
5. Конкор 5 мг 2р\д, кардиомагнил 1 т. вечер., трифас 5 мг утром. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейробион 1т./сут., 1 мес.,
7. Рек. невропатолога: веноксин MR 1т 2р\д 1,5 мес.
8. Явка к эндокринологу с результатами ТАПБ узлов щит железы.
9. Рек. окулиста: аруимол 2к кр\д в ОИ, тревантан 1к 1р\д в ОИ.
10. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, галстена по 10 кап. \*3р/д. за 20 мин. до еды 1 мес., мебсин ретард (меверин) 1т 3р/д за 20 мин до еды 2-4 нед. урсохол 2т на ночь 2-3 мес, повторный осмотр после лечения.
11. Рек. асс каф терапии клин фарм. Ткаченко О.В: заменить энап Н на арифон ретарт 1т утр и престариум 5 мг 2р\д, увеличить дозу эфокса до 50 мг 2р\д, азамекс 5 мг в обед.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.