#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 741

##### Ф.И.О: Корниенко Раиса Петровна

Год рождения: 1934

Место жительства: Ореховский р-н. с. Ясная поляна, ул. Юбилейная 21

Место работы: пенсионер, инв Ш гр.

Находился на лечении с 12.06.14 по 23.06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II-ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, болевая форма. Автономная нейропатия, урогенитальная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Эмоционально волевые расстройства. ИБС. Диффузный кардиосклероз. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Идиопатический субклинический гипотиреоз. Остеоартроз т/бедренных суставов Rо II СФН II. Ожирение Ш ст. (ИМТ 41кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, боли в голеностопных, т/бедренных, плечевых суставах, колюще боли в сердце.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г.. С начала заболевания ССП (манинил), затем с 2005 амарил, сиофор. В 2011 перенесла гипогликемическую кому, после чего оттенены пр-ты. Принимает глюкофаж 2000мг/сут. В 10.2013 была назначена виктоза, принимала непродолжительное время. В наст. время принимает: глюкофаж 1000 мг \*р/д. Гликемия –9,0-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 10.2013г. Боли в н/к в течение 8лет. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает арифон ретард 1т утр, амлодипин 10 мг веч, кардиомагнил 75. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.06.14 Общ. ан. крови Нв –124 г/л эритр –3,7 лейк –6,6 СОЭ –28 мм/час

э-4% п-0 % с- 66% л- 27 % м-3 %

13.06.14 Биохимия: СКФ –61 мл./мин., хол –4,03 тригл – 1,6ХСЛПВП -0,96 ХСЛПНП – 2,34Катер -3,2 мочевина – 6,8 креатинин – 108 бил общ – 10,0 бил пр – 2,5 тим – 4,6 АСТ –0,19 АЛТ –0,62 ммоль/л;

17.06.14 С- реакт белок – отр.

13.06.14ТТГ –7,5 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –42,9 (0-30) МЕ/мл

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

16.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3000 эритр - 1000 белок – отр

16.06.14 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.06.14 Микроальбуминурия –88,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.06 |  | 9,7 | 7,9 | 11,9 |
| 13.06 | 8,2 | 8,3 |  |  |
| 15.06 | 6,8 | 7,5 | 7,5 | 8,7 |
| 18.06 | 6,6 | 8,7 | 5,6 | 6,4 |
| 21.06 | 4,2 | 5,7 | 5,9 | 7,6 |

13.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, болевая форма. Автономная нейропатия, урогенитальная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Эмоционально волевые расстройства.

13.06Окулист: (Осмотр палате)Артифакия ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. ангиосклероз Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены неравномерно расширены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.06.ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

13.06Кардиолог: ИБС. Диффузный кардиосклероз. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

19.06.14 На р-гр т/бедренных суставов признаки коксоартроза справа II cт, слева Ш ст.

13.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.06Ревматолог: Остеоартроз т/бедренных суставов Rо II СФН II.

16.06РВГ:. Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

16.06.Допплерография: ЛПИ справа – 1,1, ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

19.06УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени с увеличением её размеров, конкремента в желудочном пузыре, функционального раздражения кишечник, опущения и повышенно подвижности левой почки.

19.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10, см3; лев. д. V = 8,4см3

Эхоструктура нормальной эхоинтенсивности с выраженной неравномерностью, чередованием гипоэхогенных и гиперэхогенных участков, мелкими фиброзными включениями, наличием мелких гидрофильных очагов до 0,3 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гиперплазия щитовидной железы, изменения диффузного типа в её паренхиме.

Лечение: глюкофаж, микардис, арифон ретард, амлодипин, кардиомагнил,лирика, розулип, триттико, трифас, бенфогамма, онглиза, тиоктацид, тивортин, нейрорубин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. 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. ССТ: диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

Онглиза 5м утром

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (озувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ.
4. Микардис 80 мг утром арифон ретард 1т утр, амлодипин 10 мг веч. Контр. АД.
5. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейробион 1т./сут.1 мес.,
6. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, тритика 150 мг 1т веч, лирика 150 мг 2р\сут 2 мес, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ контр ч\з 2-3 мес с послед конс эндокринолога.
8. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д.
9. Рек. ревматолога: ограничение физ нагрузки на суствы, снижение веса. Структум 500 мг 2р\д 3 мес. При болях ларфикс 8 мг 1т 1р\д 5-10 дней. Местно: бифлекс крем 2р/д – 14 дней, наблюдение терапевта.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.