#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 738

##### Ф.И.О: Чулакова Татьяна Васильевна

Год рождения: 1961

Место жительства: г. Запорожье, ул. Комарова 29-39

Место работы: ВАТ «Запорожоблэнерго», контролер

Находился на лечении с 11.06.14 по 25.06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Гипертоническая болезнь I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. ДДПП на пояснично крестцовом уровне, билатеральная вертеброгенная радикулопатия L5-S1. Двухсторонний гоноартроз II, хронический болевой с-м

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/80 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2009 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-12ед., п/у- 12ед., Хумодар Б100Р п/з- 4ед., п/у- 4ед.(пациентка вводила инсулин шприцами на 40 ед.) Гликемия –5,0-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 2 лет. Повышение АД в течение 2 лет. С 30.05 по 10.06 14 стац.лечение в н/о по м/ж по поводу : ДДПП на пояснично крестцовом уровне, билатеральной вертеброгенной радикулопатии L5-S1. Двухстороннего гоноартроза II, хронического болевого с-ма. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.06.14 Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр – 4,3лейк – 5,4 СОЭ –17 мм/час

э- 2% п- 0% с- 65% л- 29 % м-4 %

12.06.14 Биохимия: СКФ –73,82 мл./мин., хол –6,34 тригл -1,89 ХСЛПВП -2,0 ХСЛПНП – 3,48Катер -2,2 мочевина –3,4 креатинин –86 бил общ –9,3 бил пр –2,2 тим – 3,2 АСТ – 0,28 АЛТ – 0,26 ммоль/л;

13.06.14ТТГ – 2,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –12,2 (0-30) МЕ/мл

### 12.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1030 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 – 8500 эритр – белок – отр

23.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 250 эритр – 500 белок – отр

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

##### 20.06.14 Микроальбуминурия – 35,6мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.06 |  | 16,8 | 13,8 | 22,3 | 13,8 |
| 13.06 | 8,1 | 19,3 | 7,9 | 11,5 |  |
| 16.06 | 10,0 | 13,0 | 10,9 | 13,7 |  |
| 19.06 | 14,9 | 5,7 | 14,7 |  |  |
| 20.06 2.00-3,6 |  |  |  |  |  |
| 21.06 | 4,0 | 6,9 | 10,0 | 19,2 |  |
| 23.06 |  |  |  | 20,3 |  |
| 24.06. |  |  |  | 15,4 |  |

Гипергликемия преимущественно в вечернее время обусловлена нарушениями в диете , носящие систематический характер.

19.06.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП на пояснично крестцовом уровне, билатеральная вертеброгенная радикулопатия L5-S1. Двухсторонний гоноартроз II, хронический болевой с-м

11.06.14Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

11.06ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

13.06.14 Кардиолог: Гипертоническая болезнь I ст.

12.06.14 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.06.РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

11.06.УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,1 см3; лев. д. V = 5,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, цифран.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. С пациенткой проведена беседа о необходимости соблюдения режима питания при сахарном диабете.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта , кардиолога , невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 12-14ед., п/уж -14-16 ед.,

Хумодар Б100Р п/з- 20-22ед., п/уж -10 ед.,

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: фитосед 1к 4р/д 1 мес Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес
6. Рек. невропатолога:лирика 75 мг \*2 р/д
7. 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.
8. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д.
9. Б/л серия. АГВ № 2344 с 11.06.14 по 25.06.14. К труду 26.06.14г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.