#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 758

##### Ф.И.О: Ершова Валентина Назаровна

Год рождения: 1949

Место жительства: г. Запорожье, ул. Кузнецова 2-3

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 16.06.14 по 27.06.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза П ТИА (04.2013) в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. ЦА. ИБС, стенокардия напряжения, II-Ш ф.кл. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, зябкость стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2006 в связи со стойкой декомпенсацией была переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Протафан НМ п/з-37 ед., п/у- 18ед., глюкофаж п/з – 1000 п/у – 500 мг. Гликемия –10,-14,0 ммоль/л. Боли в н/к в течение 14 лет. Повышение АД в течение 13 лет. Из гипотензивных принимает индап, бисопролол 10 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.06.14 Общ. ан. крови Нв –142 г/л эритр –4,3 лейк – 5,3 СОЭ –20 мм/час

э- 1% п- 3% с- 40% л-51 % м- 5%

18.06.14 Биохимия: СКФ –108 мл./мин., хол –5,31 тригл -2,13 ХСЛПВП -1,55 ХСЛПНП -2,79 Катер -2,4 мочевина –3,9 креатинин –75 бил общ –13,2 бил пр –3,3 тим – 3,8 АСТ –0,19 АЛТ –0,13 ммоль/л;

19.06.14 Глик. гемоглобин -7,6 %

20.06.14Св.Т4 - 18,7 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 2,5 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –119,1 (0-30) МЕ/мл

20.06.14 Nа – 150,9 Са – 2,21 ммоль/л

### 17.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - ед в п/зр

19.06.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 20.06.14 Микроальбуминурия – 37,3мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.06 | 6,4 | 7,5 | 7,5 | 9,3 |
| 20.06 | 6,0 | 7,6 | 8,1 | 9,5 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза П ПА (04.2013) в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. ЦА. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

Окулист: VIS OD=0,8 OS=0,6

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

16.06ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция неопределенная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

Кардиолог (2013) – врач в отпуске: ИБС, стенокардия напряжения, II-Ш ф.кл. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

19.06.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

16.06.УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,3 см3; лев. д. V =8,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: индап, бисопролол, торсид, сиофор, Протафан НМ, тиогамма, актовегин, нейрорубин, нуклео ЦМФ, тиотриазолин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: Протафан НМ п/з- 37-39ед., п/уж -18-20 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) п/з – 1000, п/уж – 500.

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. Конс кардиолога по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
7. Рек. невропатолога: цераксон 500 в/в кап или в/м № 10, затем per os 1,5 мес. вестибо 16 мг 1т 3р\д до 3мес.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ через 6 мес.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.