#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 762

##### Ф.И.О: Петренко Вера Николаевна

Год рождения: 1958

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов ул. Р-Люксембург 99-32

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.06.14 по 26.06.14 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. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II преимущественно в ВБС. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хроническая инфекция мочевыводящих путей. Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, с ферментативной функции внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит с болевым и диспетическим с-м. С-м раздраженного кишечника со склонностью к запорам.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190 мм рт.ст., головные боли, запоры.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2006 в связи с декомпенсацией сахарного диабета назначена инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з-22 ед., п/у- 18ед. Гликемия –7,0-18,0 ммоль/л. Повышение АД в течение 3 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.06.14 Общ. ан. крови Нв – 133 г/л эритр – 4,1 лейк –6,4 СОЭ – 27 мм/час

э-2 % п- 1% с- 70% л- 20 % м- 7%

18.06.14 Биохимия: СКФ –77 мл./мин., хол –4,2 тригл -2,11 ХСЛПВП -1,03 ХСЛПНП – 2,01 Катер -3,1 мочевина –4,7 креатинин – 82 тим –5,3 АСТ – 0,33 АЛТ – 0,42 ммоль/л;

20.06.14 бил общ – 70,5 бил пр – 5,5 тим – 3,6 АСТ – 0,36 АЛТ – 0,27.

26.06.14 бил общ – 81 бил пр – 6,5 тим – 3,5 АСТ – 0,28 АЛТ – 0,36.

18.06.14 Амилаза 25 (до 90) Е/л

### 18.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1027 лейк – на ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

20.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -17500 эритр - 250 белок – 0,025

26.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок –

19.06.14 Суточная глюкозурия – 2,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.06.14 Микроальбуминурия –15,6 мг/сут

АТТПО, ТТГ сданы.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.06 |  | 7,5 | 12,7 | 10,7 |
| 18.06 | 9,6 | 14,5 | 14,2 | 5,4 |
| 19.06 | 8,3 | 9,2 |  |  |
| 21.06 | 8,3 | 9,0 | 8,4 | 8,8 |
| 24.06 | 6,5 | 10,1 | 9,9 | 6,1 |
| 25.06 |  | 8,8 | 11,0 ( после еды) |  |

17.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II преимущественно в ВБС.

18.06Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7

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

17.06ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

18.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.06.14 Р-скопия ЖКТ: органической патологии в пищеводе, желудке и 12 п к-ке не выявлено. Косвенные признаки диффузного увеличения поджелудочной железы.

20.06.14Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушением внутрисекреторной функции поджелудочной железы, с ферментативной функции и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит в стадии нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит с болевым и диспетическим с-м. С-м раздраженного кишечника со склонностью к запорам.

18.06РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

18.06Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

18.06.14Хирург: Данных за острую патологию не выявлено.

19.06.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V =7,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз иеденичные гидрофильные очаги до 0,4 см. В лев доле у перешейка расширенный фолликул 0,69\*0,53 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Мелкая коллоидная киста левой доли.

Лечение: мезим, метаклопромид, лфлоксацин, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, пироцетам, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з- 14-16ед., п/уж -14-16 ед., Хумодар Р100Р п/з 14-16 п/уж 6-8 ед.

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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, армадин 2,0 в/м № 10
6. УЗИ щит. железы ч\з 3-4 мес. Явка к эндокринологу с результатами ТТГ, АТТПО.
7. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, энтероспазмил по 1т 3 раза в день 2 -4 нед, моторикс по 1т 3р 2 нед, дефенорм по 1к 3-4 р/нед. 2-4 нед, мезим 10 тыс по 1т 3р/д во время еды.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.