#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 339

##### Ф.И.О: Волошинович Галина Михайловна

Год рождения: 1954

Место жительства: Запорожье, ул. Гаврилова 1-30

Место работы: пенсионер инв II гр.

Находился на лечении с 11.03.14 по 24.03.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Артифакия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. Ампутация 1п левой стопы. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. ДЭП II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м, Цереброастенический с-м. ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф.кл. СН II ф. кл. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 1997 постоянно инсулинотерапию Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2008 переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 12-14ед., п/о-12-14 ед., п/у-12-14 ед., Лантус 22.00 – 62. Гликемия –6,5-10,0-17,0 ммоль/л. НвАIс -9,8 % от 11.09. ТТГ 1,8 (03-4,0) от 20.09.13. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 12 лет. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол. 2012 – ампутация 1п л стопы. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.03.14 Общ. ан. крови Нв –153 г/л эритр – 4,6 лейк –4,6 СОЭ – 7,8 мм/час

э- 2% п- 0% с- 60% л- 34% м- 4%

19.03.14 Общ. ан. крови Нв –148 г/л эритр – 4,4 лейк –5,1 СОЭ – 14 мм/час

э- 1% п- 1% с- 59% л- 24% м- 15%

12.03.14 Биохимия: СКФ –85 мл./мин., хол – 10,3тригл -9,1 ХСЛПВП -1,0 ХСЛПНП -5,2 Катер -9,3 мочевина –7,4 креатинин –94 бил общ –10,2 бил пр –2,3 тим –4,9 АСТ – 0,94 АЛТ –0,21 ммоль/л;

18.03.14 Биохимия: СКФ –мл./мин., хол – 6,03 тригл -5,1 ХСЛПВП -0,83 ХСЛПНП -2,88 Катер -6,3 мочевина –4,7 креатинин –67 бил общ –12,2 бил пр –3,0 тим –3,2 АСТ – 0,47 АЛТ –0,53 ммоль/л;

12.03.14 Глик. гемоглобин – 10,2%

### 14.03.14 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк –3-5 в п/зр белок – 0,029 ацетон –отр; эпит. пл. - ;ед эпит. перех. -ед в п/зр

14.03.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

13.03.14 Суточная глюкозурия –0,8 %; Суточная протеинурия – 0,026

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.03 | 10,8 | 14,4 | 8,9 | 10,5 |
| 16.03 | 6,7 | 7,3 | 11,1 | 11,9 |
| 19.03 | 6,8 | 10,7 | 9,5 | 10,0 |
| 21.03 | 6,6 | 8,3 | 8,0 | 9,5 |

Невропатолог: ДЭП II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м, Цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Шст, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,8.

Артифакия ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Артифакия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.03.ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ПГ. Гипертрофия левого желудочка.

17.03Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения 1-II ф.кл. СН II ф. кл. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

19.03ЭХО КС: КДР-4,79 см; КДО-156,5 мл; КСР- 3,25см; КСО-42,6 мл; УО- 63,8мл; МОК- 4,4л/мин.; ФВ-60 %; просвет корня аорты -3,2 см; АК раскрытие - N; ПЛП -3,2 см; МЖП –1,13 см; ЗСЛЖ 1,23– см; ППЖ- 1,38см; ПЛЖ4,78- см; По ЭХО КС: Склероз аорты, АК, гипертрофия миокарда ЛЖ, трикуспидальная регургитация 1 ст.

13.03Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.03РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

18.03УЗИ ОБП МВС: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; по типу жировой дистрофии 2 ст с увеличением размеров селезенки

09.2013УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,0 см3; лев. д. V =5,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: азамекс, бисопролол, небилет, тиогамма, актовегин, нейрорубин, нуклео ЦМФ, тивортин, Эпайдра, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 12-14ед., п/о- 12-14ед., п/у- 12-14ед., Лантус 21.00 62-64 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: азамекс 5мг сут, небилет 5мг, трифас 510 мг 1р/д, кардиомагнил 75мг 1т. веч.. Контроль АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. Рек. окулиста: слезевит 1т 1р/д.
11. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.