#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 365

##### Ф.И.О: Борисенко Татьяна Алексеевна

Год рождения: 1965

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск, ул. Бочарова 20 кв 55

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 17.03.14 по 27.03.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная полинейропатия н/к, начальные появления. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. в слчетании с инфекцией мочевыводящих путей. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия преимущественно в ВБС 1 на фоне патологической извитости левой ПА, ранний церебральный атеросклероз. Ожирение I ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 220/100 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2012 инсулинотерапия. На препараты метформинового ряда отмечает диспептический с-м. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з- 16ед., п/у- 4ед. Гликемия –7,2-8,9-11,9 ммоль/л. НвАIс – 8,5 % от 17,02,14 . Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в с начала заболевания. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает лориста 100 утр, индап. АИТ, гипоетриоз выявлен в 2011. В наст время заместительная терапия: Эутирокс 100 мкг утром натощак. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.03.14 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,3 лейк – 5,0СОЭ –23 мм/час

э- 4% п-2 % с- 52% л- 37 % м- 5%

18.03.14 Биохимия: СКФ –89 мл./мин., хол –5,14 тригл -2,25 ХСЛПВП -1,16 ХСЛПНП – 2,96Катер -3,4 мочевина –4,9 креатинин –98 бил общ –13,4 бил пр –3,3 тим –1,1 АСТ –0,36 АЛТ –0,43 ммоль/л;

21.03.14ТТГ – 4,5 (0,3-4,0) Мме/л

### 18.03.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –4-5 в п/зр белок – 0,128 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

20.03.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4500 эритр - белок – отр

19.03.14 Суточная глюкозурия – 0,6 %; Суточная протеинурия – 0,060г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.03 | 7,2 | 7,9 | 6,5 | 7,9 |
| 22.03 | 8,1 | 5,0 | 6,3 | 8,7 |

21.03Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия преимущественно в ВБС 1 на фоне патологической извитости левой ПА, ранний церебральный атеросклероз.. Диабетическая дистальная полинейропатия н/к, начальные появления.

21.03Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,7

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

17.03.14ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

19.03Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

20.03ЭХО КС: КДР- 4,9см; КСР- 3см; ФВ- 63%; просвет корня аорты – 2,7см; АК раскрытие - N; ПЛП – 3,4 см; МЖП –1,16 см; ЗСЛЖ –1,14 см; ППЖ-2,5 см; По ЭХО КС: Эхопризнаки умеренной гипертрофии ЛЖ, диастолической дисфункции по первому типу, регургитация 1 ст на ТК, К, склеротических изменений створок АК, МК и стенок аорты. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

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

18.03РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

18.03Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева – 1,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон..

17.03.УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,2 см3; лев. д. V =8,0 см3

ПО сравнению с УЗИ от 03.13 размеры железы уменьшились, контуры бугристые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNР, лориста, индап, канефрон, эутирокс, тиоктацид, актовегин, нуклео ЦМФ, кортексин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невроаптолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з- 16-18ед., п/у- 14-16ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (крестор 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20
9. Рек. невропатолога: кортексин 10,0 в/м №10.,веносмил 1т 2р\сут 1-1,5 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Эутирокс 125 мкг утром натощак. Контр ТТГ в динамике ч/з 2,5-3 мес, с послед. коррекцией дозы тиреоидных гормонов.
11. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д.
12. Канефрон 2т 3р/д 4-8 нед. конт ан. мочи по Нечипоренко по м\ж в динамике, при необходимости конс уролога по м/ж.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.