#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 184

##### Ф.И.О: Селезнева Клавдия Леонидовна

Год рождения: 1958

Место жительства: К-Днепровский р-н, К-Днепровская, ул. Первомайская, 37

Место работы: н/р

Находился на лечении с 07.02.14 по 20.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Незрелая катаракта ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, преимущественно в ВБС. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Инфекция мочевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Глимепирид 2 мг, однако ухудшение наступило около полугода назад, усиливаются симптомы декомпенсации. Гликемия –9,9 ммоль/л. НвАIс - 10,2% от 05.02.14. стумэктомия в 1988 по поводу узлового зоба Т4 св -13,9, ТТГ – 1,96 АТТПО – 10,7.Госпитализирован в обл. энд. диспансер для перевода на инсулинотерапию, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.02.14 Общ. ан. крови Нв – 145 г/л эритр – 4,5 лейк – 7,1 СОЭ –11 мм/час

э- 4% п- 1% с- 69% л- 22% м- 4%

10.02.14 Биохимия: СКФ – 80,8мл./мин., хол –4,6 тригл – 1,6ХСЛПВП -1,24 ХСЛПНП -2,6 Катер -2,7 мочевина –5,5 креатинин – 74 бил общ –13,4 бил пр – 4,1 тим – 1,2 АСТ – 0,23 АЛТ – 0,23 ммоль/л;

05.02.14 триг – 1,69, холл общ – 5,38, холл ЛПВП – 1,20 ХЛПНП – 3,41

05.02.14 глик гемоглобин – 10,2%, глюклза – 21,90 ммоль/л

05.02.14 Т4 св – 13,90 ТТГ – 1,96 АТТПО – 10,7

10.02.14 Анализ крови на RW- отр

### 10.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 15-20 в п/зр белок – 0,025 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ум в п/зр

19.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -40000 эритр -250 белок – 0,037

10.02.14 Суточная глюкозурия – 2,13 %; Суточная протеинурия – отр

##### 10.02.14 Микроальбуминурия –41,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.02 |  |  | 16,2 |  |  |
| 08.02 | 11,5 | 9,5 | 10,3 | 6,4 |  |
| 11.02 | 9,0 | 13,2 | 12,2 | 11,0 |  |
| 12.02 | 10,5 | 12,6 | 7,1 |  |  |
| 13.02 | 8,0 | 8,3 | 10,7 | 3,2 | 7,5 |
| 15.02 | 5,6 | 10,3 | 10,0 | 7,3 |  |
| 18.02 | 8,2 | 7,6 | 10,7 | 8,0 |  |
| 19.02 |  |  | 8,2 |  |  |

14.02Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, преимущественно в ВБС. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма

10.02Окулист: VIS OD= 0,08 н/к OS= 0,05 н/к

Помутнения в хрусталиках ОИ Глазное дно под флеом, видны отдельные сосуды по периферии. Д-з: Незрелая катаракта ОИ.

07.02ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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

ЭХО КС: КДР-4,8см; КДО- 110мл; КСР- 3,5см; КСО- 53,7мл; УО- 56,5мл; ФВ-61 %; просвет корня аорты -2,7 см; АК раскрытие 1,09- N; ПЛП – 4,1 см; МЖП –1,2 см; ЗСЛЖ – 1,4см; ППЖ- 6,9см; По ЭХО КС: Аортосклероз. Фибросклероз створок аортального и МК. Раскрытие АО и МК достаточное. Недостаточность МК 1-2 ст. Гипертрофия миокарда ЛЖ с диастолической дисфункцией (тип 1). Систолическая функция ЛЖ сохранена. Кровоток в брюшном отделе аорты пульсовой.

07.02.14 ФГ № 75735 без патологии.

12.10Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

12.02РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

30.01УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,2 см3; лев. д. V = 0,8 см3

Закл.: Эхопризнаки СПО струмэктомия левой доли, оббьем культи левой доли 0,8 см, в культе определяется узел размером 8,3 мм. Правая доля с сохраненной эхоструктурой и размерами ( в пределах возрастной нормы)

Лечение: тонорма, кардонат, Генсулин Н, Генсулин Р. нейробион, актовегин, офлоксацин, Фармасулин НNР, милдрокард, тиотриазолин, берлитион.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. больная переведена на в 2х инъекциях. По месту жительства больной выдать 1 шприц ручку для введения инсулина т.к. на инсулиновом шприце не различает деления в результате резкого снижения зрения 0,08-0,05

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин HNP (пенфил) п/з-30 ед., п/у-20 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 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: кардиомагнил 75мг 1т. веч., нолипрел форте 1т\*утром, тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: вестинорм по 10 мг 3 мес, луцетам 5,0 в/в 15 дней. Конс ЛОР врача.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год.
12. Рек. окулиста: оперативное лечение ФЭК + ИОЛ.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.