#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 225

##### Ф.И.О: Вшивкова Людмила Викторовна

Год рождения: 1956

Место жительства: Михайловский р-н с. Любимовка ул. К-Маркса, 65

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 14.02.14 по 26.02.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце, желудочковая экстрасистолия СН1. Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС. Легкое когнитивное снижение. Астеноатактический с-м Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Субклинический гипотиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ 37 кг/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 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, боли в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 2004 переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Хумодар Б100Р п/з- 30ед., п/у-42 ед. Глюкофаж 1000 мг утр + 500 мг веч. Гликемия –10-18 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 5 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р/д. АИТ с 2007 АТТПО – 902. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.02.14 Общ. ан. крови Нв –149 г/л эритр –4,7 лейк –4,1 СОЭ –25 мм/час

э- 2% п-0 % с- 57% л- 36 % м- 5%

17.02.14 Биохимия: СКФ – 115мл./мин., хол –5,9 тригл – 1,17ХСЛПВП – 1,05ХСЛПНП -4,3 Катер -4,6 мочевина –4,0 креатинин –69,6 бил общ –12,9 бил пр – 3,7 тим –1,1 АСТ –0,25 АЛТ – 0,27 ммоль/л;

18.02.14 Глик. гемоглобин – 10,9%

21.0214 ТТГ – 5,8 (0,3-4,0) Мме/л

### 17.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

21.02.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.14 Микроальбуминурия –39,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.02 | 8,5 | 16,4 | 16,4 | 10,2 |
| 18.02 | 3,6 | 9,6 | 9,7 | 9,0 |
| 20.02 | 5,3 | 9,6 | 10,6 | 8,6 |
| 23.02 | 6,2 | 8,7 | 8,0 | 10,6 |
| 24.02 |  |  |  | 10,9 |
| 25.02 |  |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II, преимущественно в ВБС. Легкое когнитивное снижение. Астеноатактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма.

17.02Окулист: VIS OD=0,5 OS=0,2 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.02ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм единичная желудочковая экстрасистола. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце желудочковая экстрасистолия СН1.

14.02ЭХО КС: КДР-5,2 см; КСР- 3,1см; ФВ-60 %; просвет корня аорты – 3,0см; АК раскрытие - N; ПЛП – 4,3 см; МЖП –1,28 см; ЗСЛЖ –1,3 см; ППЖ- 2,8см; По ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, диастолической дисфункции по первому типу, регургитации 1 т на КЛА, ТК и МК, минимальной регургитации на АК, склеротических изменений створок АК, МК и стенок аорты. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

17.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

17.02РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

14.02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,1см3; лев. д. V =10,7 см3

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

Лечение: Хумодар БР, тиогамма, актовегин, витаксон, глюкофаж, эналаприл, кордарон, предуктал MR, персен.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-46 ед., п/у- 30ед.,

глюкофаж (сиофор, диаформин) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром, кордарон по 1т 1р/д 3-4 дня. Повторный осмотр кардиолога по м\ж.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Конт ТТГ в динамике ч/з 1-2 мес. с послед. конс эндокринолога.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., добезилат кальция 1т 3р/д.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.