#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 248

##### Ф.И.О: Блинова Людмила Николаевна

Год рождения: 1949

Место жительства: Запорожье, ул. Дудыкина 7б - 8

Место работы: пенсионер, инв Ш гр.

Находился на лечении с 19.02.14 по 27.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая полинейропатия н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Ожирение I ст. (ИМТ 34,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Хронический вирусный гепатит С, цирроз печени. Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, повышение АД макс. до 180/90 мм рт.ст., давящие боли за грудиной во 2 половине дня, онемение ног, зябкость стоп, боли в мышцах н\к, головные боли, шаткость при ходьбе, головокружения, боли в позвоночнике, боли в плечевых суставах, эпигастральной области, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г во время обследования в кардиологич. отд.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, сиофор). С 2011 в связи со сойкой декомпенсацией назначена инсулинотерапия: Фармасулин НNР. ССП были отменены. В дальнейшем в усл. 4 гор. больницы ( год неизвестен) переведена на Лантус. В связи с гипергликемией с 11.2013 к Лантусу добавлены СП: Амарил 2 мг п/з, сиофор 2000 мг/ сут. В наст. время принимает: Лантус 20.00 – 50 ед. Гликемия –6,5-14,5 ммоль/л. НвАIс – 10,2 % от 19.12.13. Последнее стац. лечение в 2011г. Повышение АД в течение 14 лет. Из гипотензивных принимает небилет 5 мг\сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.02.14 Общ. ан. крови Нв –117 г/л эритр – 3,7 лейк –3,7 СОЭ –29 мм/час

э- 7% п-0 % с-53 % л-27 % м- 13%

20.02.14 Биохимия: СКФ –88 мл./мин., хол – 5,0тригл -1,96 ХСЛПВП -0,88 ХСЛПНП -3,2 Катер -4,7 мочевина –4,5 креатинин –77 бил общ –17,7 бил пр –4,2 тим – 6,2 АСТ –1,0 АЛТ – 2,6 ммоль/л;

21.02.14 Глик. гемоглобин -10,6 %

21.02.14 К – 3,6 ; Nа – 138 Са-2,10 ммоль/л

### 20.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,076 ацетон –отр; эпит. пл. -мало ; эпит. перех. - в п/зр

27.02.14 Кал на я/г – отр

25.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – 0,05

21.02.14 Суточная глюкозурия – 3,24%; Суточная протеинурия – 0,093

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.02 | 5,9 | 13,0 | 13,6 | 14,4 |  |
| 22.02 |  | 8,7 |  | 7,6 |  |
| 23.02 | 6,6 | 13,0 | 9,7 | 12,5 | 11,1 |
| 25.02 | 8,6 | 11,7 |  | 9,5 | 12,8 |
| 26.02 |  |  | 13,5 |  |  |
| 27.02 | 6,4 | 10,1 | 9,0 |  |  |

Окулист: VIS OD= 0,5 OS=0,4

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

19.02ЭКГ: ЧСС 75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Удлинение эл. систолы.

20.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.02РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,2 см3; лев. д. V = 3,2 см3

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

Лечение: Лантус, амарил, сиофор, Эпайдра, небилет, тиогамма, тивортин, эспа-липон.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, к терапии коммисионно добавлена Эпайдра в связи с гипергликемией, а из-за наличия вирусного гепатита и патологии ЖКТ ССП отменены. От дальнейшей коррекции инсулинотерапии отказалась, настояла на выписке. Уменьшились боли в н/к, общая слабость. АД 130-140/80 мм рт. ст. При психо-эмоциональном возбуждении подьем до 180/90 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-12-14 ед., п/у- 10-12ед., Лантус 22.00 45-46 ед. Коррекцию дозы Эпайдры провести совместно с райэндокринологом.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

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: небилет 2,5-5 мг\*1р/сут. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эспа-липон 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. Рек. окулиста: офтан катахром 2к. \*3р/д,
7. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
8. Наблюдение в гепатоцентре и у гастроэнтеролога по м/ж.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.