#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 44

##### Ф.И.О: Фролова Лариса Леонидовна

Год рождения: 1954

Место жительства: Запорожье, Запорожская, 18. 96

Место работы: н/р

Находился на лечении с 10.01.14 по 24.01.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Диабетическая энцефалопатия. Астено-вегетативный с-м. депрессивный с-м. Диабетическая ангиопатия н/к. Диабетическая нефропатия Ш. ХБП II ст. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН1. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Гиперметропия ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, ухудшение зрения, повышение АД макс. до 160/90мм рт.ст., головные боли, , колющие боли в сердце, зябкость стоп.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Амарил п/з- 4 мг, сиофор 1000\*2р/д. рекомендованный прием Онглизы 5 мг /сут был только несколько месяцев. Гликемия –13,0-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 2-3 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол, кардиомагнил, энап Н. В 2013 выявлена гипоплазия щит. железы. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.01.14 Общ. ан. крови Нв –166 г/л эритр –5,0 лейк –6,5 СОЭ –11 мм/час

э- 3% п- 3% с- 45% л- 41 % м- 8%

13.01.14 Биохимия: СКФ –77 мл./мин., хол – 5,19тригл -1,75 ХСЛПВП -1,43 ХСЛПНП -2,96 Катер -2,6мочевина –4,4 креатинин –72 бил общ –10,4 бил пр –2,5 тим –1,4 АСТ – 0,36 АЛТ –0,82 ммоль/л;

13.01.14 Глик. гемоглобин – 11,6%

13.01.14 Анализ крови на RW- отр

17.01.14ТТГ – 3,1 (0,3-4,0) Мме/л

17.01.14 К – 3,77, Na – 139 Са – 2,15 моль/л

### 14.01.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

17.01.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 0 белок –0 отр

13.01.14 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.01.14 Микроальбуминурия –66,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.01 | 11,5 | 8,5 | 9,0 | 9,2 |
| 14.01 | 8,0 | 9,6 | 10,5 | 12,8 |
| 20.01 | 6,2 | 5,3 | 4,4 | 6,2 |
| 22.01 | 8,3 | 10,5 | 9,0 | 9,7 |

15.01Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Диабетическая энцефалопатия. Астено-вегетативный с-м. депрессивный с-м.

Окулист: VIS OD=0,5 OS= 0,5

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

22.01ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

15.01Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз. СН I САГ 1 ст.

13.01ЭХО КС: КДР- 4,4см; КДО- 91,7мл; КСР- 2,37см; КСО- 20,7мл; ФВ 76%. ПЛП -3,15 см; МЖП – 0,49 см; ЗСЛЖ –0,94 см; ППЖ-2,0 см; ПЛЖ-4,48 см; По ЭХО КС: уплотнение аорты. Уплотнение МЖП.

14.01 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к

19.01.РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

17.01.Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: эхопризнаков структурных изменений и внутрпросветных образований не выявлено.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диабетической ангиопатии артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,1см3; лев. д. V =2,5 см3

Размеры железы меньше нормы, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: гипоплазия, умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Амарил, сиофор, энап Н, кардиомагнил, фенигидин, амарил, небилет, индапрес, эспа-липон (плохо переносила – отмечалась гиперемия кожи, зуд), нейрорубин, тиогамма (переносилась несколько лучше чем эспа-липон, но также беспокоили гиперемия кожи, головная боль), актовегин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-150/90 мм рт. ст. Учитывая отсутствие стойкой компенсации, покзатель глик. гемоглобина пациентке предложен перевод на комбинированную ССТ, от чего категорически отказалась.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: амарил (диапирид, олтар ) 5мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

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

онглиза 5 мг/сут или янувия 50 мг /сут

Регулярный самоконтроль, соблюдение режима диетотерапии. При отсутствии компенсации повторная госпитализация для перевода на инсулинотерапию.

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 мг\*1р/сут, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,
5. Эналаприл (энап) 5-10 мг утром, небилет 2,5-5 мг утром, индапрес 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/м № 10, тритика 1/3 т ве. 5 дней, 2/3 т еще 5 дней, затем 1т сут 6 мес. дообследование р-грамма бедренного сустава, ревмопробы,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Анализ крови на АТ, АТТПО
9. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.