#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1036

##### Ф.И.О: Петренко Нина Николаевна

Год рождения: 1956

Место жительства: Акимовскй р-н, с. Владимировка, ул. Ватутина

Место работы: инв II гр

Находился на лечении с 13.08.13 по 23.08.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Частичный гемофтальм правого глаза. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторня форма II ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. ХБП II ст. Ожирение 1 ст. (ИМТ 33 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце .Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Тревожные расстройства.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 7 кг за 2 мес, прогрессирующее ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160-200/90-100мм рт.ст., головные боли, одышку при ходьбе, боли в позвоночнике.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986 г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП глибенкламид. Затем в связи со стойкой декомпенсацией в 2000 была переведена на Хумулин. С 2002 – Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, в течении последних 1,5 лет пользовалась Хумодар К 25 100Р п/з 55 ед, п/у -45 ед., периодически Новомиксом (приобретала самостоятельно). С 06.08-13.08.13 находилась на стац лечении в глазном отд ОКБ в связи с гемофтальмом правого глаза, где была осмотрена эндокринологом. Достичь компенсации на Хумодар К 25 100Р не удавалось, была переведена на Фармасулин Н, Фармасулин НNР, рекомендован перевод в эндокриндиспансер для коррекции дозы. Боли в н/к в течение 13лет. Повышение АД в течение 13лет. В 06.2005 перенесла остеомиелит 1п лев стопы. Проводилась рентген-терапия. С того же времени периодически – трофические нарушения стоп, трещины пяточных областей. Прогрессирующее снижение зрения с 2007. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.08.13Общ. ан. крови Нв – 116 г/л эритр – 3,6лейк 5,5 СОЭ – 42 мм/час

э- 3% п-4 % с- 75% л- 9 % м-9 %

14.08.13Биохимия: СКФ –71 мл./мин., хол –5,34 тригл -2,2 ХСЛПВП 1,3 ХСЛПНП -3,04 Катер -3,1 мочевина –4,8 креатинин –118 бил общ –21,2 бил пр –4,0 тим –6,06 АСТ –0,39 АЛТ – 0,19 ммоль/л;

### 14.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

16.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк 9500- эритр - белок – отр

15.08.13Суточная глюкозурия – 2,5%; Суточная протеинурия – 0,072 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.08 |  |  |  | 10,0 |  |
| 14.08 | 14,8 | 13,7 | 8,0 | 4,0 |  |
| 16.08 2.00-7,3 | 14,7 | 11,8 | 6,5 | 3,5 |  |
| 17.08 | 17,6 |  |  |  |  |
| 18.08 | 18,2 | 18,0 | 7,5 | 5,3 | 6,0 |
| 20.08 | 10,2 |  | 3,1 | 7,5 |  |
| 22.08 | 11,7 | 8,6 | 4,3 | 9,4 |  |
| 23.08 | 7,2 |  |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторня форма II ст.

08.2013 Окулист ОКБ: Частичный гемофтальм правого глаза. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ

13.08.13ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось горизонтальная. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение коронарного кровообращения по заднебоковой области.

09.08.13 Ангиохирург ОКБ: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.08.13 Психиатр ОКБ: Тревожные расстройства.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии Ш степени. Гипертензивное сердце СН1 Риск 4.

16.08.13УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V = 5,6см3

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

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, метамакс, кортексин, лидаза, алое, нейротропин, эспа-липон, нейрорубин, эналаприл.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 150/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н(пенфил) п/з- 28-30ед., п/о- 10-12ед., Фармасулин НNР(пенфил) п/у- 34-36 ед. У больной отсутствует предметное зрение (см. выписку глазного отд. ОКБ), в связи с чем рекомендованы пенфильные формы инсулина. Выданы 2 шприц-ручки Хумопен.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурия 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) 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. Дообследование: ЭХО КС.
8. Эналаприл 10 мг 2р/д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД. При недостаточном эффекте индапрес 2,5 мг утром.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: церебролизин 10,0 в/в стр № 10-14, актовегин 10,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 2,0 в/в № 6 затем 1т. \*2р/д 20 дней.
11. Рек. психиатра: в выписке ОКБ.
12. Анализ крови на ТТГ, АТТПО с послед. конс. эндокринолога.
13. Рек. окулиста: в выписке ОКБ

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.