#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 612

##### Ф.И.О: Эренбург Анна Феликсовна

Год рождения: 1950

Место жительства: Запорожье, ул. Украинская 8-267

Место работы: инв. II гр.

Находился на лечении с 26.04.13 по 10 .05.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжеля форма, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ампутационная культя II п пр. стопы. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая ретинопатия ОS. Тотальный гемофтальм ОД. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Полинодозный зоб Iст, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце .

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 5 кг после перехода на инсулин,

ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые отеки н/к, жжение стоп, слабость, утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, метформин). С 2012г. переведена по м/ж на инсулинотерапию (фармасулин Н) в связи с планируемым оперативным вмешательством . В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-14 ед., п/о-12 ед., п/у- 10ед., 22.00 – 6 ед. Гликемия 10-10,2 ммоль/л. Повышение АД в течение нескольких. Из гипотензивных принимает энап 1т/утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.04.13Общ. ан. крови Нв –112 г/л эритр – 3,6 лейк – 7,4 СОЭ –45 мм/час

э-2 % п-3 % с-56 % л- 29 % м- 10%

29.04.13Биохимия: СКФ – 63мл./мин., хол –4,48 тригл -2,29 ХСЛПВП -0,90 ХСЛПНП -2,54 Катер -3,98 мочевина –8,2 креатинин –89 бил общ – 12,2 бил пр – 3,0 тим –2,9 АСТ –0,29 АЛТ –0,38 ммоль/л;

29.04.13Глик. гемоглобин -7,53 %

29.04.13Анализ крови на RW- отр

03.05.13ТТГ –1,6 (0,3-4,0) Мме/л;АТ ТГ – 36,4 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО –102,9 (0-30) МЕ/мл

### 29.04.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –38-42 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

03.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

29.04.13Суточная глюкозурия – отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 29.04.13Микроальбуминурия –111,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.04 | 8,0 | 6,4 | 6,9 | 7,5 |  |
| 30.04 |  |  |  | 9,3 |  |
| 01.05 | 7,0 |  |  |  |  |
| 02.05 | 5,6 | 5,2 | 3,6 | 7,2 |  |
| 08.05 | 5,8 | 6,7 | 7,1 | 7,3 |  |

Окулист: VIS OD=движение рук у лица OS=0,6+1,0=0,95 ; ВГД OD= 22 OS=21

В хрусталике начальные помутнения ОИ.В стекловидном теле ОД густа взвесь крови. Рефлекс с глазного дна тусклый, детали не офтальмоскопируются. ДЗН – бледно-розовые границы четкие. По ходу сосудов множественные ретинальные геморрагии. Д-з: Тотальный гемофтальм правого глаза. Начальная катаракта, диабетическая ретинопатия левого глаза.

26.04.13ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

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

30.04.13РВГ: Нарушение кровообращения справа -III ст. слева I-IIст., тонус сосудов N.

30.04.13Допплерография: ЛПИ справа –0,8 , ЛПИ слева –1,2. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst справа - II ст. слева - N.

26.0.413УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,7см3; лев. д. V = 8,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура мелкозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,43 см.

В пр. доле в в/3 гидрофильный узел 0,65 см. В лев. доле у заднего контура гидрофильный узел 0,79\*0,53 см см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Мелкие узлы обеих долей.

Лечение: Эналаприл, ипамид, торсид, ФармасулинН, Фармасулин НNР, витаксон, солкосерил, эспалипон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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 НNР, п/з- 20-22ед., п/у- 14-16ед.,

( во время оперативного вмешателсва) Фармасулин Н п/з- 14-16ед., п/о-12 ед., п/у- 10ед., 22.00 6 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 5-10 мг 2 р/д, ипамид 2,5 утром. Контр. АД.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Рек. окулиста: Интравитреальное введение гемазы ОД. Панретинальная лазеркоагуляция OS.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.