#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 738

##### Ф.И.О: Фесенко Людмила Ивановна

Год рождения: 1942

Место жительства: Запорожский р-н, с Кушугум, ул. Крупской 117

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 23.05.13 по 04.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IIIст. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешаная форма IIст. ДЭП IIст, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 33,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, прогрессирующие течение. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. Персистирующая форма фибрилляций предсердий СН II А.ф кл 1. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 190мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г.. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил). С 1998 переведена на ИТ – монотард МС, Протафан МС. С 2002 - Хумодар К25 100Р, Б100Р, Р100Р, В 2004- переведена на Протафан НМ, Актрапид НМ в связи с отсутствием компенсации. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-26 ед., п/о- 20ед., п/у-14 ед., Протафан НМ 22.00 – 30 ед. Гликемия 10,0-15,0 ммоль/л. НвАIс -7,4 %(15.10.12). Последнее стац. лечение в 2011г. Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает энап. В связи с диффузными изменениями щит. железы – обследована: ТТГ 0,1; СвТ4 – 20,5; СвТ3 -2,99 (04.02.10г). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.05.13Общ. ан. крови Нв –141 г/л эритр –4,4 лейк –4,0 СОЭ – 10 мм/час

э- 4% п- 3% с- 64% л- 24 % м- 5%

24.05.13Биохимия: СКФ –88 мл./мин., хол –6,76 тригл -2,2 ХСЛПВП -1,03 ХСЛПНП -4,73 Катер -5,6 мочевина – 6,5 креатинин – 75 бил общ –10,2 бил пр – 2,4 тим –1,6 АСТ –0,50 АЛТ –0,43 ммоль/л;

24.05.13 ТТГ –4,1 (0,3-4,0) Мме/л

### 28.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

27.05.13Суточная глюкозурия –2,05 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.05 | 12,6 | 6,9 | 8,2 | 9,5 |
| 27.05 | 11,2 | 11,5 | 7,4 | 7,5 |
| 29.05 2.00-5,5 | 9,2 | 12,9 | 6,2 | 12,1 |
| 02.06 | 9,1 | 12,9 | 8,0 | 8,6 |
| 03.06 2.00-7,5 |  |  |  |  |
| 04.06 | 8,8 |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешанная форма IIст. ДЭП IIст, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м.

Окулист: VIS OD=0,5 OS=0,5 ; ВГД OD= 22 OS=20

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. 23.05.13ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция неопределенная. Полная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. персистирующая форма фибрилляций предсердий СН II А. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

24.05.13Р-графия правого плечевого сустава: известковые наслоения по верхнему контуру суставной сумки, характерно для известкового бурсита.

25.04.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки диаб. ангиопатия артерий н/к. Атеросклеротического поражения артерий н/к, с формированием гемодниически-значимых изменений в голенных сегментах, сопровождающихся периферической ишемией конечностей, более выраженной слева.

28.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7 см3; лев. д. V =5,4 см3

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

Лечение: энап, кардиомагнил, берлитион, торвакард, индопресс, нейровитан, розувастатин, торсид, габантин, глюкофаж, Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма турбо, актовегин, луцетам, корвитол, омега3

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80, ритм синусовый мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 26-28ед., п/о-20-22 ед., п/у- 14-16ед., Протафан НМ 22.00 26-28 ед.

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

При нормализации гликемии возможен перевод на 2х кратное введение Протафан НМ, Актрапид НМ в сочетании с метформином.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес, карведилол 12,5-25мг утр., нолипрел форте 1т\*утром, аторвастатин 10 мг\*1р/сут. на ночь. Контроль АД, ЧСС.
5. Энап 20 мг \*2р/день, корвитол 1 т/сут, индопрес 2,5 г утром, торсид 5мг утром Контр. АД.
6. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин ф рте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: габагамма 300 мг на ночь, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.