#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1450

##### Ф.И.О: Черкун Валентина Ивановна

Год рождения: 1959

Место жительства: Пологовский р-н, Пологи, М-Горького 16-12

Место работы: н/р

Находился на лечении с 08.11.13 по 18.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к II-Ш ст. Осложненная миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма Диабетическая нефропатия Ш. ХБП 1. Гипертоническая болезнь П стадии Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Церебральный атеросклероз П. Дисциркуляторная энцефалопатия П, сочетанного генеза, преимущественно в ВБС, венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Ожирение II ст. (ИМТ 36 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в поясничной области, склонность к запорам.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, глюкофаж). В наст. время принимает: онглиза 5 мг п/з, глюкофаж XR 1 т веч. Гликемия –11,5 ммоль/л. НвАIс - 8,9% от 02.10.13. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл1т, микардис плюс 1/2т утром. С-пептид – 2,1 от 07.2013. ТТГ – 3,7 от 05.07.11. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.11.13Общ. ан. крови Нв – 139 г/л эритр – 4,2 лейк – 4,2 СОЭ –23 мм/час

э- 0% п-0 % с- 66% л-31 % м- 3%

11.11.13Биохимия: СКФ – 111мл./мин., хол –4,9 тригл -1,42 ХСЛПВП -1,61 ХСЛПНП -2,64 Катер -2,04 мочевина –4,2 креатинин –77 бил общ –16,9 бил пр –4,2 тим –2,2 АСТ – 0,37 АЛТ –0,48 ммоль/л;

15.11.13АТ ТГ - 120,7 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО –84,0 (0-30) МЕ/мл

### 11.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум в п/зр

12.11.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 15.11.13Микроальбуминурия –30 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.11 | 6,2 | 7,6 | 6,4 |  |
| 13.11 | 5,6 | 6,6 | 7,8 | 7,1 |

Невропатолог: Церебральный атеросклероз П. Дисциркуляторная энцефалопатия П, сочетанного генеза, преимущественно в ВБС, венозно-ликворная дисфункция на фоне ДДПП ШОП. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к П ст, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD= 0,1-3,5=0,4 OS= 0,1-3,5=0,4 ; ВГД OD= 21 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Осложненная миопия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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

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

Дупл. сканирование брахицефальных артерий: ( данные на руках)

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа 35-36 %, слева – 43-44%, ЗББА справа 38-39%, слева – 40-42%. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2 см3; лев. д. V = 4,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр доле с/3 гидрофильный узел 0,76\*0,57 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел правой доли.

Лечение: онглиза, глюкофаж XR, мекардис плюс.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: онглиза 5 мг утром п/з

глюкофажXR - 1т. веч

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (крестор 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, физиотенс 0,4 мг веч, крестор 10 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Рек. невропатолога: амбулаторно : цераксон 0,5 в/м затем per os 1,5 мес, вазокет 600 мг 1т/сут утром до 1-2 мес, церебролизин 10,0 в/в струйно № 10 ,актовегин 10,0 в/в стр № 10.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ при необходимости
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., трайкор 1т 1р/д,

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.