#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1479

##### Ф.И.О: Торубанова Наталья Васильевна

Год рождения: 1963

Место жительства: Вольнянский р-н, с. Казаковское, Железнодорожная 11

Место работы: инв II гр.

Находился на лечении с 13.11.13 по 27.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II преимущественно в ВБС на фоне ДДПП ШОП. Синкопильное состояние (09,2013), единичное, неясного генеза. Диабетическая полинейропатия II., смешанного генеза. Ожирение II ст. (ИМТ37 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. ЖКБ, хронический зоб, холецистит в ст ремиссии. Смешанный зоб 1 ст. Мелкий узел правой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания стабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з-34 ед., п/у- 30ед. НвАIс - 13 % от 27.09.13. Последнее стац. лечение в 10.2013г выписана при отсутствии полной компенсации в связи с ОРВИ. Повышение АД в течение многих лет. Из гипотензивных принимает вазар 80 мг/сут. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.11.13Общ. ан. крови Нв – 126 г/л эритр –3,8 лейк –7,3 СОЭ –10 мм/час

э-1 % п-4 % с- 73% л-20 % м- 2%

14.11.13Биохимия: СКФ –77 мл./мин., хол –4,8 тригл -4,2 ХСЛПВП -1,06 ХСЛПНП – 2,74Катер -3,5 мочевина –10,4 креатинин – 120 бил общ 10,0– бил пр – 2,0 тим – 3,8 АСТ –0,30 АЛТ – 0,32 ммоль/л;

22.11.13ТТГ – 2,5 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТГ – 20,0 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО –29,8 (0-30) МЕ/мл

### 14.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –8-10 в п/зр белок – 0,264 ацетон –отр; эпит. пл. – ед в п/зр

19.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр -250 белок – 0,388

15.11.13Суточная глюкозурия – 0,7 %; Суточная протеинурия – 0,430

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.11 | 8,9 |  |  |  |
| 15.11 | 10,9 |  | 9,5 | 9,3 |
| 18.11 | 11,0 |  | 6,5 | 7,4 |
| 19.11 | 9,0 | 7,2 | 5,6 | 6,7 |
| 21.11 | 5,6 | 8,9 | 5,5 | 8,1 |
| 22.11 |  | 10,1 |  |  |
| 25.11 | 6,7 | 7,0 | 5,0 | 3,8 |
| 27.11 | 6,8 | 7,7 | 6,4 | 6,8 |

10.2013Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II преимущественно в ВБС на фоне ДДПП ШОП. Синкопильное состояние (09,2013), единичное, неясного генеза. Диабетическая полинейропатия II., смешанного генеза.

10.2013Окулист: VIS OD= 0,2 OS=0,4 ; ВГД OD= 20 OS=20

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

ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.2013РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,1 см3; лев. д. V = 9,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. В левой доле с/3 гидрофильный узел 0,8\*0,57см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел правой доли.

Лечение: лозап, розарт, вазар, бисопролол, Хумодар К 25 100Р, тиогамма турбо, актовегин, нейробион. Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, диаформин

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: п/з Хумодар Р 100Р - 6 ед., Хумодар Б 100Р– 28 ед.

п/у Хумодар Р 100Р - 6 ед., Хумодар Б 100Р– 24 ед.

Диаформин 850 мг 2р\сут

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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. Вазар 80 мш утр, бисопролол 5 мг утром. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес. витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. Конс хирурга по м\ж по поводу ЖКБ.

##### Леч. врач Соловьюк А.О.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.