#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1069

##### Ф.И.О: Потапенко Тамара Михайловна

Год рождения: 1952

Место жительства: Запорожье, Воронежская 34-36

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 22.08.13 по 03.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, тяжелая форма, декомпенсация. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ IIБ степени, гранулирующие п/операционной раны Ш пальца правой стопы. Диабетическая нефропатия Ш ХБП IIcт, в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к в/к II-IIIст, смешанная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Легкое когнитивное расстройство. Ожирение I ст. (ИМТ 34 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щитовидной железы. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь 11 ст Ш степени, гипертензивное сердце . Риск 4. СН1.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, боли в области сердца. Около 2 нед. назад после травмы Ш п. пр. стопы образовалась троф. язва.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, сиофор). В 2012 манинил был заменен на Диабетон MR с 2013 – последние 2 недели после травмы Ш п. пр. стопы образовалась троф. язва. Произведено оперативное вмешательство. переведена на гюкованс. В наст. время принимает: глюкованс 3р/д. Гликемия –10,0-15,0 ммоль/л. НвАIс – 12 % от 19.08.13. 19.08.13 вскрытие раны Ш п. правой стопы. АГ с 1978, из гипотензивных принимает лозап 1 т утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.08.13Общ. ан. крови Нв – 151 г/л эритр –4,6 лейк –6,5 СОЭ – 21 мм/час

э- 1% п-2% с- 60% л-33 % м- 11%

23.08.13Биохимия: СКФ –91 мл./мин., хол –3,8 тригл -2,27 ХСЛПВП – 1,04ХСЛПНП – 1,73Катер -2,65 мочевина –4,4 креатинин – 87 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим –3,0 АСТ –0,61 АЛТ –0,88 ммоль/л;

30.8.13ТТГ – 2,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО 174,8– (0-30) МЕ/мл

19.08.13 глик гемоглобин 12,0 %

### 23.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 4-2 в п/зр белок – 0,032 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

27.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6000 эритр - белок – 0,042

29.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -13000 эритр - 250 белок – отр

02.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 8500 эритр - 250 белок – отр

30.08.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,018 г/сут

##### 30.08.13Микроальбуминурия – 167,2мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.08 |  |  | 7,3 | 5,8 |
| 23.08 | 5,1 | 6,7 | 4,4 | 5,0 |
| 26.08 | 7,2 | 7,0 | 7,0 | 7,1 |
| 29.08 | 6,5 | 9,6 | 7,5 | 8,5 |
| 02.09 | 4,3 | 7,9 | 6,4 | 6,5 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к в/к II-IIIст, смешанная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Легкое когнитивное расстройство.

Окулист: VIS OD=0,5 OS=0,5 ; ВГД OD= 21 OS=22

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

23.08.13ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Хроническая ревматическая болезнь сердца, аортальный стеноз?.Гипертоническая болезнь 11 ст Ш степени, гипертензивное сердце . Риск 4. СН1.

Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИ IIБ степени, гранулирующие п/операционной раны Ш пальца правой стопы.

РВГ: Снижение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов снижен. Венозный отток сохранен.

02.09.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки удвоение синуса правой почки с наличием добавочного сосуда к нижней половине почки.

23.0813УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,6 см3; лев. д. V =6,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. И многочисленные расширенные фолликулы от 0,3 до 0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: лозап плюс, кардиомагнил, глюкованс, диапирид, диаформин, цифран, нолипрел би форте, офлоксоцин, диапирид, канефрон, перевязки с димексидом, цефтазидим, метрогил, актовегин, тиогамма, нейрорубин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли н/к, раневая поверхность с положительной динамикой. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 2-3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: кардиомагнил 75мг 1т. веч., нолипрел форте 1т\*утром,

Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.

1. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
2. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 4 мг в/м № 10, затем 30 мг утр. 1 мес.,
3. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
4. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
5. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, конс. лазерного хирурга.
6. Рек. хирурга: перевязки с аргосульфатом, актовегин 20% 200мл в/в к. № 5.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.