#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1128

##### Ф.И.О: Слабоднюк Раиса Анатольевна

Год рождения: 1955

Место жительства: Веселовский р-н, Н. Александровка, Ленина 15

Место работы: ООО «Деметра», бухгалтер.

Находился на лечении с 09.09.13 по 20.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/кII, сенсо-моторная форма. Диабетическая нефропатия IIIст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Цефалгический с-м, дисметаболичекие расстройства. Аутоиммунный тиреоидит с увеличением щитовидной железы, гипотиреоз средней тяжести, состояние мед. компенсации. ИБС, диффузный кардиосклероз, стеноз легочной артерии II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД до 180/85 мм рт.ст, головные боли, головокружение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 2009 переведена на инсулин. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз выявлен в 1997г. Принимает L-тироксин 100 мкг/сут. При обследовании АТТПО более 600МЕ. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-20 ед., п/у-14 ед., Фармасулин НNР п/з – 36 ед, п/у – 18 ед. НвАIс - 10,1% от 03.09.13. Повышение АД в течение 20лет. Из гипотензивных принимает индапамид, амлодипин. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.09.13Общ. ан. крови Нв – 151 г/л эритр – 4,6 лейк –4,7 СОЭ –9 мм/час

э- 2% п- % с- 66% л-27 % м-3 %

10.08.13Биохимия: СКФ –81 мл./мин., хол –6,54 тригл -1,66 ХСЛПВП -1,0 ХСЛПНП -4,78 Катер -5,54 мочевина –5,9 креатинин – 96 бил общ – 23,1 бил пр – 4,5тим –7,9 АСТ –0,36 АЛТ –0,38 ммоль/л;

10.09.13Анализ крови на RW- отр

13.09.13ТТГ –10,6 (0,3-4,0) Мме/л

### 10.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

11.09.13Суточная глюкозурия – 0,84 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.09.13Микроальбуминурия –52,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.09 | 12,8 | 9,7 | 7,9 | 6,3 |  |
| 12.09 | 9,4 |  |  |  |  |
| 15.09 | 8,7 | 9,2 | 9,5 | 7,0 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/кII, сенсо-моторная форма. Диабетическая нефропатия IIIст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Цефалгический с-м, дисметаболичекие расстройства.

Окулист: VIS OD=0,8 OS=0,9 ; ВГД OD= 21 OS=21

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение коронарного кровообращения боковой области. При сравнение с ЭКГ от 03.09.13 – динамика отр.

Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, стеноз легочной артерии II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

ЭХО КС: КДР- 5,0см; КСР- 3,0см; ФВ-67 %; просвет корня аорты - см; АК раскрытие - N; ПЛП – 3,8 см; МЖП – 1,3 см; ЗСЛЖ –1,3 см; ППЖ- 2,6см; ТК- б/о; По ЭХО КС: Гипертрофия лж, субаортальный стеноз 1 ст, умеренное повышение градиента на КЛА, регургитация 1 ст на МК, ТК, и КЛА, склеротические изменения створок АК, МК и стенок аорты.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений печени.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 13,9см3; лев. д. V = 11,9 см3

Перешеек 1,63 см.

Щит. железа увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналаприл, индапамид, амлодипин, L-тироксин, индапрес, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, гепадиф, весел дуэф, метамакс.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Инсулина оставлены прежние (см. рекомендации)

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-20 ед., п/у-14 ед., Фармасулин НNР п/з – 36 ед, п/у – 18 ед.

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: гепадиф, весел дуэф, метамакс в табл.
4. Рек. кардиолога: амлодипин 10 мг, индап 2,5 мг утром, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 20 мг утром, индапамид 2,5 мг,. Контр. АД.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин 100 мкг/сут.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
8. Б/л серия. АГВ № 2340 с 09.09.13 по 20.09.13. К труду 21.09.13г.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.