#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1175

##### Ф.И.О: Кугакова Нина Яковлевна

Год рождения: 1931

Место жительства: Запорожье, 40л Победы 65б -87

Место работы: пенсионер УБД № 083322

Находился на лечении с 18.09.13 по 30.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. ЦА II. Дисциркуляторная энцефалопатия II. Вестибуло-атактический с-м. Умеренное когнитивное снижение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб I. Узел левой доли. Эутиеоидное состояние. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Ожирение I ст. (ИМТ 34,8кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Хроническая инфекция мочевыделительной системы.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 15 кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200 мм рт.ст., головные боли, боли в шейном отделе позвоночника.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 2002 в связи с декомпенсацией переведена на инсулинотерапию. Хумодар К 25100Р. В наст. время принимает: Хумодар К 25100Р п/з- 25ед., п/у- 5ед. Гликемия –6,0-8,0 ммоль/л. НвАIс - 8,9% от 2013. Последнее стац. лечение в 2008г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.09.13Общ. ан. крови Нв –117 г/л эритр – 3,7 лейк –7,1 СОЭ – 21 мм/час

э- 0% п-0 % с- 61% л- 28 % м- 11%

19.09.13Биохимия: СКФ –71,7 мл./мин., хол –4,4 тригл -1,6 ХСЛПВП -1,15 ХСЛПНП -2,5 Катер -2,8 мочевина –5,8 креатинин –73 бил общ – 11,7 бил пр –2,9 тим –0,5 АСТ –0,39 АЛТ – 0,48 ммоль/л;

20.09.13 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –1134,0 (0-30) МЕ/мл

### 19.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 40-50 в п/зр белок – 0,030 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ув п/зр

23.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

20.09.13Суточная глюкозурия – 0,90 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.13Микроальбуминурия – 170,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.09 | 4,6 | 9,1 | 6,6 | 10,9 |  |
| 25.09 | 5,5 | 8,3 | 6,4 | 8,8 |  |
| 27.09 |  |  | 8,6 |  |  |
| 28.09 | 6,5 |  |  |  |  |

Невропатолог: ЦАII. Дисциркуляторная энцефалопатия II, Вестибуло-атактический с-м. Умеренное когнитивное снижение. Дистальная хроническая диабетическая полинейропатия н/к II, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD=0,2 н/к OS=0,1 н/к

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

18.09.13ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Хирург: острой хирургической патологии не выявлено

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,2 см3; лев. д. V = 3,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. В лев доле в в/з изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,68 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел левой доли.

Лечение: Эналаприл, норфлоксацин, вестибо, кардикет, Хумодар К 25 100Р, тиотриазолин, пироцетам, медитан, ницериум.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст. Учитывая заключение окулиста: VIS OD=0,2 н/к OS=0,1 н/к Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ и наличие ИБС, постинфарктный кардиосклероз, СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце степень тяжести со «средней» изменена на «тяжелую». Рекомендовано введение инсулина при помощи шпиц ручек (обеспечить по возможности по м/ж).

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта , кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар (картр) К 25 100Р п/з- 27-29ед.,

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

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. Эналаприл 5 мг 2р/д, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: вестибо 16 мг 3р/д до 3 мес; ницерум 30 1т/д 3-6 мес.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. 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.