#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 580

##### Ф.И.О: Минтяева Мария Ивановна

Год рождения: 1954

Место жительства: Токмакский р-н, с. Новогорьевка, ул. Набережная 71

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 19.04.13 по 30.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Атактический с-м. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоимунный тиреодит, гипертрофическая форма, эутиреоидное состояние. Ожирение II ст. (ИМТ 35,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Аллергический ларенгит.

Жалобы при поступлении на повышение АД макс. до 170-200мм рт.ст., головные боли, снижение чувствительности н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В течении 3х лет не лечилась. С 2004 в связи с гипергликемией до 21,0 ммоль/л, переведена на ИТ. На фоне приема ++ - подташнивание.

В наст. время принимает: Хумодар К25п/з-42 ед.,, п/у-33 ед., Диаформин 500 \*2р/д. Гликемия –8,0-15,0 ммоль/л. НвАIс -9,3 %(25.03.13) . Последнее стац. лечение в 2008г. Повышение АД в течение 30лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.04.13Общ. ан. крови Нв – 148 г/л эритр –4,6 лейк –5,1 СОЭ –14 мм/час

э-1 % п- 3% с- 60% л-31 % м-5 %

22.04.13Биохимия: СКФ –102 мл./мин., хол –4,42 тригл -2,47 ХСЛПВП -1,09 ХСЛПНП -2,21 Катер -3,05 мочевина – 5,2 креатинин –70 бил общ –9,5 бил пр –2,1 тим –4,8 АСТ –0,33 АЛТ –0,10 ммоль/л;

26.04.13 ТТГ – 1,9 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТГ - 428,0(0-100) МЕ/л; АТ ТПО –59,7 (0-30) МЕ/мл

### 23.04.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ум. к-во; эпит. перех. -ед в п/зр

21.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

22.04.13Суточная глюкозурия –0,78 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.04.13Микроальбуминурия –176,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21.04 | 9,3 | 7,5 | 9,6 | 11,0 |  |
| 23.04 | 9,0 | 8,7 | 8,2 | 10,1 |  |
| 25.04 | 10,4 | 12,6 | 10,5 | 14,4 |  |
| 27.04 | 12,4 | 13,3 | 9,7 | 12,1 |  |
| 29.04 |  |  | 10,1 | 5,0 |  |

Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Атактический с-м.

Окулист: VIS OD=0,8 OS=0,3 ; ВГД OD= 22 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II.. Вены полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

19.04.13ЭКГ: ЧСС -75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь III стадии III степени.

Аллерголог Аллергический ларенгит.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.04.13 Рграфия ОГК: легкие без ++

23.04.13РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

24.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,0 см3; лев. д. V = 7,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая с единичными гидрофильными очагами до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умереннные диффузные изменения паренхимы.

Лечение:

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- ед., п/о- ед., п/у- ед., 22.00

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R,

диабетон МR, предуктал МR, L-тироксин, L-лизина эсцинат,

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

амарил (диапирид, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*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. Рек. кардиолога:

аспекард 100 мг 1р/д.,

аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь.

глицисед 1т\*3р/д 1 мес.,

дилтиазем ретард 90мг \*2р/д.,

эналаприл 5-10 мг \*1р/д.,

лоспирин 75 мг \*1р/д.,

карведилол 12,5-25мг утр.,

кардиомагнил 75мг 1т. веч.,

кардонат 1т. \*3р/д.,

небилет 2,5-5 мг\*1р/сут,

нолипрел форте 1т\*утром,

предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.,

престариум 5-10 мг веч.,

тиотриазолин 200мг \*3р/д.,

тридуктан МВ 1т. \* 2р/д.,

при болях в сердце изокет спрей. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.

1. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
2. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
3. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., сермион 30 мг утр. 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
4. УЗИ щит. железы 1р. в год.
5. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 625 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
6. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
8. Осмотр зав. п-кой обл. энд. диспансера, зав. кафедрой энд. хирургии для комиссионного решения вопроса о целесообразности хир. лечения, согласно приказа № 609 от 01.10.07.
9. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.