#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1499

##### Ф.И.О: Кармазь Галина Григорьевна

Год рождения: 1933

Место жительства: Запорожье, ул. Зестафонская, 3 -25

Место работы: пенсионерка, инв 1гр УВОВ с№ 064280

Находился на лечении с 18.11.13 по 02.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация. Незрелая катаракта ОИ. Авитрия ОД. Фиброз стекловидного тела OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП III ст. Хроническая инфекция мочевыделительной системы. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. ДЭП II сочетанного генеза. ДДПП на поясничном уровне (стеноз L4-L5). вторичная люмбалгия. Ксероз кожи. Аллергический ринит. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Полинодозный зоб, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Остеоартроз с поражением коленных суставов Rо II СФН I. ИБС, стенокардия напряжения, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Артериальная гипертензия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1978г. Комы отрицает. С 2006 ухудшение зрения. Гемофтальм ОД, произведено оперативное вмешательство. С начала заболевания ССП. С 2004 - инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р. Гликемия –7,5-20,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 20 лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.11.13Общ. ан. крови Нв – 124 г/л эритр – 3,9 лейк –6,1 СОЭ –23 мм/час

э-1 % п- 1% с-67 % л- 27 % м- 4%

19.11.13Биохимия: СКФ – 51,4мл./мин., хол –3,9 тригл -1,45 ХСЛПВП -1,51 ХСЛПНП -1,73 Катер -1,6 мочевина –5,5 креатинин – 91 бил общ –11,7 бил пр –2,8 тим 3,3– АСТ – 0,12 АЛТ –0,19 ммоль/л;

22.11.13 К – 4,8 Na- 147 Са – 2,17

19.11.13 С- рект. белок – отр.

18.11.13Глик. гемоглобин – 9,9%

19.11.13Анализ крови на RW- отр

22.11.13 ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/л

### 19.11.13Общ. ан. мочи уд вес на 1/2 лейк – на ½ в п/зр белок – 0,033 ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

21.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -23000 эритр -250 белок – 0,041

26.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -38000 эритр - 250 белок – отр

29.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

20.11.13Суточная глюкозурия – 1,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.11.13Микроальбуминурия –63,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.11 | 9,6 | 10,5 | 15,1 | 15,7 |
| 22.11 | 4,7 | 12,1 | 8,1 | 9,8 |
| 25.11 | 7,7 | 10,8 | 6,2 | 12,8 |
| 27.11 |  | 5,0 | 8,5 |  |
| 30.11 |  | 5,2 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. ДЭП II сочетанного генеза. ДДПП на поясничном уровне (стеноз L4-L5), вторичная люмбалгия.

Окулист: Осмотр в палате

Рефлекса с глазного дна нет. Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Авитрия ОД. Фиброз стекловидного тела OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Иммунолог: Ксероз кожи. Аллергический ринит

Гинеколог: пр. здорова.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,0 см3; лев. д. V =7,9 см3

По сравнению с УЗИ от 11.12.13 Размеры железы уменьшились, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,45 см. в левой доле н\3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,1\*0,7 см. В пр доле в/3 узел не визуализируется. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы левой доли.

УЗИ: Эхопризнаки диффузных изменений паренхимы печени, застойных изменений в желчном пузыре, склерозирования поджелудочной железы, микролитов в обеих почках, гемангиомы левой почки.

Лечение: фенодип, лизиноприл, атаракс, аспекард, торсид, медитан, офлоксацид, канефрон, диаформин, Хумодар К 25 100Р, актовегин, диалипон, пирацем, витаксон, нейрорубин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

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 К 25 100Р п/з- 28-30ед.,

Диаформин 500 мг 1т веч.

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. Лизиноприл 20 мг веч, фенодип 5 мг утром, торсид 2,5 мг утром, аспекард 1 т веч. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., медитан 300 мг 1 веч. нейрорубин форте 1т./сут. (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
5. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/м. атаракс по схеме.
6. Рек. иммунолога: топикрем эмульсия на всю кожу ежедневно 6 мес,
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Канефрон 1т. \*3р/д. 1 мес. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
9. Рек. ревматолога: альфа Д3 1 млн в сут 1 мес, синарта 2,0 в/м 1р в 2 дня № 6.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.