#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 914

##### Ф.И.О: Лиманкина Ольга Тимофеевна

Год рождения: 1962

Место жительства: К-Днепровский р-н, пгт К-Днепровка, Йожикова 374

Место работы: рай. гимназия «скифия», учитель инв Ш гр.

Находился на лечении с 08.07.13 по 18.07.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. С-м вестибулопатии. Ожирение II ст. (ИМТ 34,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Начальная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз, СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Неалкогольный стеатогепатоз, минимальной активности. Хроническая инфекция мочевыделительной системы.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180мм рт.ст., головные боли, онемение коленных суставов.

Краткий анамнез: СД выявлен в г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В 2012 в связи с неэффективностью в г Киеве переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Фармасулин 30/70 п/з- 15-20ед., п/о- ед., п/у- 10-15ед., Гликемия –10,0-9,0-8,0 ммоль/л. НвАIс -9,5 %. Повышение АД в течение 10лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.07.13Общ. ан. крови Нв – 155 г/л эритр –4,8 лейк –4,5 СОЭ –25 мм/час

э- 1% п- 2% с-69% л-21 % м- 7%

11.07.13 СОЭ 24

09.07.13Биохимия: СКФ –60,9 мл./мин., хол –5,4 тригл – 1,86ХСЛПВП -0,93 ХСЛПНП -3,6 Катер -4,8 мочевина –4,4 креатинин –89 бил общ 12,5– бил пр – 2,7 тим – 2,7 АСТ – 0,47 АЛТ –0,9 ммоль/л;

### 09.07.13Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –10-12 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -у ; эпит. перех. - ед в п/зр

16.07.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -15000 эритр - белок – отр

16.07.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

10.07.13Суточная глюкозурия –0,46 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.07.13Микроальбуминурия – 17,6мг/сут

ТТГ АТТПО взяты

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.07 | 7,0 | 8,9 |  | 8,7 |  |
| 11.07 | 6,7 | 5,5 | 6,7 | 7,8 |  |
| 15.07 |  |  | 10,1 | 10,8 |  |
| 16.07 | 8,3 |  |  |  |  |
| 17.07 | 9,1 |  | 5,5 | 8,2 |  |
| 18.07 | 8,0 |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. С-м ветибулопатии.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 22 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

08.07.13ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

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

10.7.13ЭХО КС: КДР-4,6 см; ; КСР- 2,8см; ФВ-70 %; просвет корня аорты -2,5 см; АК раскрытие - N; ПЛП -3,3 см; МЖП – 1,18 см; ЗСЛЖ – 1,2см; ППЖ- 2,4см; ПЛЖ- 2,6см; ТК- б/о; МК - створки разнонаправлены, раскрытие – , регургитации 1. По ЭХО КС: Умеренная гипертрофия ЛЖ, диастолическая дисфункция по первому типу, регургитация 1 ст на МК и ТК, склерокальциноза створок МК, АК и стенок аорты.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

Гастроэнтеролог: Неалкогольный стеатогепатоз, минимальной активности.

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

Допплерография: ЛПИ справа – , ЛПИ слева – . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst III ст. с обеих сторон.

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.07.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1 см3; лев. д. V = 5,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: диаформин, нолипрел, омега, глево, эспа-липон, актовегин, Фамасулин 30/70, эспалипон, трентал, ноотропил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Фармасулин 30/70 п/з-42-44 ед., п/у- 28-30ед.,

Диаформин 500 \*2р/д.

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. Нолипрел би форте ½ утром. Контр. АД.
4. Эспа-лион 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
7. Рек. гастроэнтеролога: стол №5 ливонорм 1 т утром или эссенциале 2к\*3р/д, урсохол 2к на ночь, Контроль печ. проб 1р в пол года
8. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
9. Б/л серия. АБЖ № 503971 с 08.07.13 по 18.07.13. К труду 19.07.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.