#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 952

##### Ф.И.О: Миюц Валентина Павловна

Год рождения: 1961

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Балабино, ул. Матросова 154

Место работы: н/р

Находился на лечении с 18.07.13 по 31.07.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП 1. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН I ф.кл. II Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза I ст. Цефалгический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Бактериальный вагиноз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100мм рт.ст., отеки н/к, головные боли, боли в поясничной области, боли в обл. сердца, чуство «нехватки воздуха», боли в мелких суставах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (принимала нерегулярно). В наст. время принимает: Диабетон MR 120 мг п/з сиофор 1000 1р/д.(нерегулярно соблюдает диету). Гликемия –12,5 ммоль/л. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение года. Из гипотензивных принимает энап Н 1т нерегулярно. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.07.13Общ. ан. крови Нв –123 г/л эритр –3,9 лейк –4,1 СОЭ – 32 мм/час

э- 0% п- 2% с- 68% л- 24 % м-6 %

19.07.13Биохимия: СКФ – мл./мин., хол – 6,89 тригл -1,55 ХСЛПВП -1,13 ХСЛПНП -5,0 Катер -5,1 мочевина –4,9 креатинин –79 бил общ –13,4 бил пр –3,0 тим –1,5 АСТ –0,61 АЛТ – 0,37 ммоль/л;

18.07.13Глик. гемоглобин -12,3%

18.07.13Инсулин – 12,40 (2,6-24,9) мкЕд/мл; С-пептид – 3,10 (1,1-4,4) нг/мл

19.07.13Анализ крови на RW- отр

### 19.07.13Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. –ед в п/зр

07.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

22.07.13Суточная глюкозурия – 1,36 %; Суточная протеинурия – 0,04г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.07 | 14,3 | 13,8 | 11,7 | 12,8 |
| 22.07 | 9,6 |  | 13,3 | 12,9 |
| 25.07 | 10,1 | 9,1 | 7,9 | 9,6 |
| 28.07 | 11,4 | 10,3 | 12,1 | 13,3 |
| 29.07 |  | 10,6 | 11,5 | 11,5 |
| 30.07 | 9,9 | 11,1 | 12,2 | 6,9 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза I ст. Цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD=0, 4 OS=0,9 ; ВГД OD= 21 OS=21

Факосклероз ОИ. Гл. дно: Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

17.07.13ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I ф.кл. II Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

24.07.13ЭХО КС: КДР-4,93 см; КДО- 114,32мл; КСР- 3,7см; КСО-57,93 мл; УО-56,34 мл; МОК- 5,53л/мин.; ФВ-49,29 %; просвет корня аорты – 3,02см; АК раскрытие -1,74 N; ПЛП – 2,71 см; МЖП –0,92 см; ЗСЛЖ –0,92 см; ППЖ-1,6 см; ПЛЖ- 4,93см; ТК- б/о; МК – б/о , регургитации нет. По ЭХО КС: Уплотнение структуры миокарда ЗСЛЖ с гипокинезией.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гинеколог: Бактериальный вагиноз.

17.07.13 Р-графия ОГК: Легкие обычной воздушности. Сердце б/о.

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

17.07.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,7см3; лев. д. V = 6,4см3

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

Лечение: Диабетон MR, сиофор, энап Н, диапирид, тиогамма турбо, актовегин, мильгамма

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. От рекомендованной инсулинотерапии пациентка в настоящий момент отказывается о чем иметься запись в истории болезни. При стойкой гипергликемии рекомендовано добавить к терапию 1 мг амарил (диапирид) п/у, при возможности онглизу (янувия).

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: амарил (диапирид, олтар ) 4 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., проетинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (Липримар 10 мг веч) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: энап 5-10 мг 2р/д, кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 3 мес. Контроль АД, ЭКГ. Наблюдение кардиолога по м/ж.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога:, келтикан 1т.\*3р/д. до 2 мес.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., конс. лазерного хирурга.
8. При стойкой гипергликемии, высоком глик. гемоглобине повторная госпитализация для подбора инсулинотерапии.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Гура Э. Ю.

Нач. мед. Костина Т.К.