#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1001

##### Ф.И.О: Цурпаль Надежда Николаевна

Год рождения: 1936

Место жительства: Новониколаевский р-н, пгт Новониколаевка, ул. Комсомольская 124

Место работы: пенсионер.

Находился на лечении с 13.08.14 по 22.08.14 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДЭП II, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. Умеренное когнитивное снижение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Варикозная болезнь н/к. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Смешанный зоб 1 ст. Узлы обеих долей и перешейка. Эутиреоз. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст с инфекцией мочевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, шум в голове, снижение памяти.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП В наст. время принимает: глимакс 6 мг. Гликемия –10-14 ммоль/л. НвАIс – 9,6 % от 2013. Амбулаторно принимала берлитион в течении 2 мес, без заметного улучшения. Ухудшение состояние с 06.2014. Амбулаторно прошла курс лечение а-липоевой к-ты, пирацетамом. В 2006 перенесла инфаркт миокарда. Гипертоническая болезнь около 25 лет, принимает эналаприл 10 мг 2р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.08.14 Общ. ан. крови Нв –131 г/л эритр – 4,1 лейк –4,1 СОЭ –31 мм/час

э- 1% п- 0% с-59 % л- 36 % м- 5%

14.08.14 Биохимия: СКФ –36,5 мл./мин., хол –6,6 тригл -2,2 ХСЛПВП -1,29 ХСЛПНП -4,31 Катер -4,1 мочевина –9,8 креатинин – 123 бил общ –13,5 бил пр –3,3 тим –2,0 АСТ – 0,47 АЛТ – 0,34 ммоль/л;

15.08.14ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 24,0 (0-30) МЕ/мл

### 14.08.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – на ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. – ум в п/зр

18.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -37000 эритр - 250 белок – отр

15.08.14 Суточная глюкозурия –отр%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.08.14 Микроальбуминурия – 202,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.08 |  |  | 7,7 |  |
| 14.08 | 5,5 | 8,9 | 5,7 | 5,9 |
| 17.08 | 5,9 | 9,3 | 7,5 | 7,0 |
| 20.08 | 5,8 | 13,1 | 9,6 | 7,8 |
| 21.08 |  | 10,2 |  |  |

Невропатолог: ДЭП II, сочетанного генеза, вестибуло-атактический с-м. Умеренное когнитивное снижение. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

13.08Окулист: VIS OD= 0,3 с кор 1,0 OS= 0,4 с кор 1,0

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.

13.08.14ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. АВ блокада 1 ст. Единичная желудочковая экстрасистола.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

18.08РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

13.08УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5см3; лев. д. V = 9,5 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы местами снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В пр. доле у переднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,12\*0,78 см. с кистозной дегенерацией и пристеночными кальцинатами. В левой доле в в/3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,28\*0,9 см. У перешейка слева участок неоднородной паренхимы 2,37 \* 1,49 , возможно изоэхогенный узел. В левой доле в с/3 такой же узел 0,9 см, рядом кольцевидный кальценат 0,49 у переднего контура левой доли изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,8 см, рядом гидрофильный очаг 0,47 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей и перешейка.

Лечение: Эналаприл, кардиомагнил, предуктал MR, офлоксацин, розарт, Генсулин R, Генсулин Н.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з- 10ед., п/уж -8 ед., Генсулин Н п/з 16 ед. п/уж -12 ед., ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес, креатинина, мочевины в динамике.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Эналаприл 10 мг 2р/д, кардиомагнил 1 т. вечер. предуктал MR 1т 2р/д 1 мес. Контр. АД. Конс кардиолога по м\ж.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., актовегин 10,0 в/в, церебрлизин 10,0 в/в кап № 10. Вестинорм 16 мг 3\д.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. ТАПБ узлов щит железы в плановом порядке. Повторный осмотр эндокринолога.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
11. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.