#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 512

##### Ф.И.О: Коршак Галина Парфиловна

Год рождения: 1938

Место жительства: Пологовский р-н, с. Чапаевка, ул Ватутина 16

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 11.04.14 по 23.04.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, смешанная форма. ЦА II, ДЭП II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИII ст. Вентральная грыжа. ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз. СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 31,6кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб 1, узел правой доли. Эутиреоидное состояние. Полиостеоартроз Rо II-Ш СФН II.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005 г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Глимакс 4 мг 1 т утром, сиофор 850 веч. Гликемия –10,0-15,6 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.04.14 Общ. ан. крови Нв – 162 г/л эритр –4,9 лейк –4,7 СОЭ –3 мм/час

э-1 % п- 0% с-65 % л- 33 % м-1 %

14.04.14 Биохимия: СКФ –63 мл./мин., хол –5,4 тригл -2,02 ХСЛПВП -1,17 ХСЛПНП – 3,31Катер – 3,61мочевина –6,1 креатинин – 88 бил общ –34,5 бил пр – тим –1,7 АСТ – 0,14 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

15.04.14 бил общ –32,9 бил пр –4,4 тим –2,0 АСТ – 0,13 АЛТ – 0,22 ммоль/л;

15.04.14 С- реакт белок - отр; ревм фактор – 5,43

11.04.14 Глик. гемоглобин -9,7 %

14.04.14 Анализ крови на RW- отр

18.04.14ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 112,3(0-30) МЕ/мл

### 15.04.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – на ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - у в п/зр

16.04.14 Суточная глюкозурия – 2,27 %; Суточная протеинурия – отр

##### 16.04.14 Микроальбуминурия – 23,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.04 | 9,3 | 12,1 | 10,6 | 12,9 |
| 17.04 | 6,6 | 9,8 | 9,2 | 10,4 |
| 20.04 | 7,4 | 6,9 | 7,5 | 9,6 |

22.04Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ЦА II, ДЭП II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический с-м.

11.04Окулист: VIS OD=0,4 OS= 0,4

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

11.04ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

16.04Кардиолог: ИБС, диффузный кардиосклероз, аортальный стеноз. СН1. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

14.04РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХИII ст.

17.04.14 Ревматолог: Полиостеоартроз Rо II-Ш СФН II.

14.04.14 Р-гр кистей: определяется сужение и деформация суст щелей в межфаланговых суставах и в суставах запястий, перестройка костной ткани с наличием краевых узур. В суст. тел. Характерно для ДОА II-Ш

14.04УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0 см3; лев. д. V =6,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,5 см. В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,8\*1,24 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: диапирид, сиофор, эналаприл, торсид, диапирид, диалипон, витаксон, солкосерил

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая данные анамнеза, показателей глик. гемоглобина, больной предложен перевод на инсулинотерапию, от которого она отказалась.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: диапирид (амарил, олтар ) 6 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

сиофор (диаформин, глюкофаж) 850 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 5 мг 2р/д, торсид 2,5-5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.
6. Рек. невропатолога: тиоцетам 10,0 в/в № 10.
7. Рек ревматолога: ограничение физ нагрузок на суставы, хондроитина сульфат 500 мг + 2р/д до 4х месс. При болях артофен 1т 2(3) р/д п/еды 5-7 дней; местно бифлекс крем 2р/д – 10 дней, наблюдения терапевта.
8. УЗИ щит. железы 1р. 6 мес. ТАПБ с послед. конс эндокринолога.
9. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
10. Рек. хирурга: плановое оперативное лечение.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.