#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 797

##### Ф.И.О: Наталий Раузалия Рифкатовна

Год рождения: 1961

Место жительства: Днепрорудный, ул. Энтузиастов 1-2

Место работы: н/р

Находился на лечении с 24.06.14 по 04.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III- ст. ХБП I ст. ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл, постинфарткный кардиосклероз,. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. С-м Вестибулоаптии. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Аденома левого надпочечника.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, боли в поясничной области, отеки в/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Амарил 2М/500 1т/утр, сиофор 850 мг веч. Гликемия –8,0-11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 10 лет. принимает беталок 1т\сут, лариста 1т\сут. АИТ, гипотиреоз с - 1997 года. Заместительная терапия 100 мкг утром натощак. С 1996 выявлена аденома левого надпочечника без клинических проявлений. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.06.14 Общ. ан. крови Нв –133 г/л эритр –4,2 лейк – 4,9 СОЭ –39 мм/час

э-7 % п- 1% с- 56% л- 27% м-9 %

25.06.14 Биохимия: СКФ –87 мл./мин., олл –6,67 тригл -5,05 ХСЛПВП -0,87 ХСЛПНП -3,50 Катер -6,7 мочевина –4,9 креатинин –78 тим –17,2 АСТ –0,49 АЛТ –0,78 ммоль/л;

27.06ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/л

27.06.14 К – 3,86 ; Nа – 136 ммоль/л

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

27.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр -250 белок – отр

26.06.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 27.06.14 Микроальбуминурия –43,96 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 26.06 | 6,3 | 8,1 | 7,0 | 8,2 |
| 01.07 | 7,3 | 9,3 | 4,8 | 8,3 |
| 03.07 |  | 8,5 |  |  |

24.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. С-м Вестибулоаптии.

24.06Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

24.06ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

24.06.14 ФГ № 79036 без патологии

2013.Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл, постинфарткный кардиосклероз,. СН I ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

24.06 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.07 Гинеколог : Пр.здорова.

27.06Допплерография: ЛПИ справа – 1,05, ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

03.07 Осмотрт к.м.н. Вильхового С.О.: Аденома левого надпочечника. САГ? Рекомендовано: для решения вопроса о дальнейшей тактики ведения необходимо дообследование: КТ надпочечников с контрастированием (характер образования); гормональная активность (катехоламины мочи, кортизол, альдостерон, ренин, калий.) Повторный осмотр после дообследования.

27.06.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника.

24.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,0см3; лев. д. V =2,5 см3

Щит. железа меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Л-тироксин ларитса, беталок, медитан, амарил 2М/500, сиофор, диалипон турбо, актовегин, витаксон, нуклео ЦМФ, метамакс.

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. ССТ: Амарил 2М/500 1т п/з

диаформин (сиофор, глюкофаж) 850 - 1т. \*веч

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Нолипрел 1 т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД. Конс.кардиолога по м/ж.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.
6. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, медитан 300 мг 1т\* 3 р/д.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин, (эутирокс) 100 мкг утром натощак. Контр ТТГ ч/з 2,5-3 мес, с послед. коррекцией дозы тиреоидных гормонов.
8. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.
9. Рек. эндокринного хирурга: для решения вопроса о дальнейшей тактики ведения необходимо дообследование: КТ надпочечников с контрастированием (характер образования); гормональная активность (катехоламины мочи, кортизол, альдостерон, ренин, калий.) Повторный осмотр после дообследования.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.