#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 888

##### Ф.И.О: Кузьменко Ирина Евгеньевна

Год рождения: 1961

Место жительства: Токмакский р-н г. Токмак, ул Украинская 10

Место работы: н/р

Находился на лечении с 15.07.14 по 29.07.14 в энд. отд. ( 15.07-16.07.14 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый средней тяжести, декомпенсация. Ацетонурия. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма. ДЭП II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. Смешанный зоб 1 ст. Узлы обеих долей. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (занималась самолечением – принимала диаформин 500 мг, манинил, глибенкламид). Ухудшение состояния в течении года. Обратилась по м/ж, направлена в ОКЭД. Гликемия –11,3-17,6 ммоль/л. НвАIс – 8,1 % от 18.06.14 . Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р/д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.07.14 Общ. ан. крови Нв –143 г/л эритр –4,3 лейк – 5,1 СОЭ –2 мм/час

э- 1% п-0 % с- 59% л-34 % м- 6%

16.07.14 Биохимия: СКФ – мл./мин., хол –5,08 тригл -2,78 ХСЛПВП -1,02 ХСЛПНП – 2,78Катер -4,0 мочевина –5,8 креатинин – 75 бил общ –9,8 бил пр 2,2– тим – 2,6 АСТ – 0,26 АЛТ – 0,32 ммоль/л;

15.07.14 Амилаза – 31,6 (0-90)

18.07.14Св.Т4 - 16,7 (10-25) оль/л; ТТГ – 2,0 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 19,6 (0-30) МЕ/мл

15.07.14 Гемогл –163 ; гематокр – 0,48 ; общ. белок – 78г/л; К – 3,8 ; Nа – 138,8 ммоль/л

16.07.14 К – 4,2

15.07.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр –3,1 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

### 15.07.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –3-4-5 в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. пл. –много ; эпит. перех. много- в п/зр

С.16.07.14 ацетон –отр.

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

21.07.14 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 26.07.14 Микроальбуминурия –44,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.07 | 7,7 | 8,0 | 8,0 | 9,8 |
| 18.07 | 8,4 | 9,0 | 10,4 | 9,6 |
| 20.07 | 7,4 | 5,7 | 8,1 | 7,4 |
| 23.07 | 6,5 | 6,8 | 7,5 | 8,0 |
| 28.07 | 6,9 | 8,2 | 7,3 | 8,6 |

16.07Невропатолог: ДЭП II, сочетанного генеза. Вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма.

15.07Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

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

15.07.14ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ, Неполная блокада ПНПГ. Замедление АВ –проводимости.

Кардиолог: врач на б/л

17.07.Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

15.07.УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,5 см3; лев. д. V = 9,3 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,35 см.. В пр доле у заднего контура гидрофильный узел 0,75\*0,58 см с четкими ровными контурами. В в/3 п доли такой же узел 0,67\*0,53, такой же узел в ср/3 с левой доли 0,63\*0,63 см. В ср/з пр доли два рядом стоящих гидрофильных узла 1,19\*1,04 и 1,05\*1,09 см с крупными пристеночными кальцинатами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: диаформин, диапирид, тиоктацид, солкосерил., ККБ, берлитион, энтеросгель, луцетам, , ново-пасит, луцетам

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

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 ) 2мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 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. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Конс кардиолога по м/ж
5. Эналаприл 2,5 мг утром курсами, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: п келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
8. ТАПБ узлов щит. железы в плановом порядке. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Повторный осмотр эндокринолога с результатами ТАПБ.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.