#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1172

##### Ф.И.О: Оленич Светлана Ивановна

Год рождения: 1947

Место жительства: Н-Николаевский р-н, пгт Н.Николаевка, Комсомольская 188-8

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 17.09.13 по 26.09.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II когнитивное снижение. Эмоционально-волевые расстройства. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Многоузловой зоб 1, рецедив (струмэктомия 2008).Узлы обеих долей. Эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В течении 4х последних месяцев принимает глимакс 4 мг + дуглемакс 2/500.

1984 – субтотальная резекция правой и экстирпация левой доли щитовидной железы. Гликемия –15,1 ммоль/л. НвАIс - >1,4 % от 17.09.13. Повышение АД в течение 2лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.09.13Общ. ан. крови Нв – 185 г/л эритр –5,6 лейк –10,3 СОЭ – 17 мм/час

э- 1% п- 3% с-59 % л- 27 % м-10 %

18.09.13 бил общ 14,2 бил пр 3,1 тим 2,5 АСТ 0,79 АЛТ -0,78

23.09.13Биохимия: СКФ –95 мл./мин., хол –3,97 тригл -1,93 ХСЛПВП -1,17 ХСЛПНП – 1,87Катер -2,37 мочевина –3,3 креатинин – 70 бил общ –13,1 бил пр –3,3 тим – 3,5 АСТ –0,61 АЛТ – 1,2 ммоль/л;

### 18.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк –4-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. ед- в п/зр

19.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр -250 белок – отр

20.09.13Суточная глюкозурия – 0,90 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.13Микроальбуминурия – 65,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.09 |  |  | 8,5 | 15,2 |  |
| 18.09 | 9,9 | 10,2 | 11,3 | 9,7 |  |
| 19.09 | 8,5 | 8,0 | 9,7 | 8,1 |  |
| 20.09 | 7,9 |  |  |  |  |
| 21.09 | 7,0 | 10,8 |  | 6,7 |  |
| 22.09 |  |  | 13,3 |  |  |
| 23.09 |  | 9,6 | 11,5 | 9,6 |  |
| 24.09 | 7,1 |  | 8,4 | 6,0 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II когнитивное снижение. Эмоционально-волевые расстройства.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 22 OS=22

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

ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,2 см3; лев. д. V = 8,9 см3

Перешеек –1,1 см.

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. В правой доле у переднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,63\*1,13 с с фиброзными включениями. Рядом калцевая структура 0,72 см возможно узел. В левой доле у переднего контура такой же узел 1,87\*1,23 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: тиоктацид, актовегин, нейрорубин, ново-пасит, лайф, лоперамид, энтеросгель, супрастин, Фармасулин НNР, диаформин

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, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин НNР п/з-16 ед., п/у- 10ед.

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

контроль печеночных проб, АСТ, АЛТ в динамике. При дальнейшем повышении решить вопрос об отмене диаформина.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы, печеночных проб.
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. Контр. АД.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год.
7. Определить гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т4 Св, АТТПО, АТТГ), маркеры вирусного гепатита В и С. (в условиях энд. диспансера больная отказалась).
8. ТАПБ узлов щитовидной железы. С результатами дообследования повторный осмотр эндокринолога.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.