#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1180

##### Ф.И.О: Реутова Алевтина Степановна

Год рождения: 1945

Место жительства: Энергодар, Лесная 9-199

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 19.09.13 по 01.10.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма, болевой с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к Ш ст. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узел левой доли эутиреоз. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг, боли в н/к, судороги, головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2011 переведена на комб. терапию. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з-24 ед., п/у-14 ед., Сиофор 850 2р/д. Гликемия –7,8-10,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 12лет. Повышение АД в течение 5лет. Из гипотензивных принимает эналаприл. АИТ с 2010 АТТПО – 144,8 от 04.2010. ТАПБ от 02.04.10 в ОКЭД: Аденоматозный узел, гормональную терапию не принимает. ТТГ 0,3 (04-4,0) от 14.09.12. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.09.13Общ. ан. крови Нв – 142 г/л эритр – 4,4лейк – 4,2 СОЭ – 7 мм/час

э-4 % п-2 % с- 58% л- 27 % м- %

19.08.13Биохимия: СКФ –72 мл./мин., хол –6,0 тригл -2,0 ХСЛПВП -1,29 ХСЛПНП -3,8 Катер -3,6 мочевина –5,5 креатинин – 93 бил общ –14,2 бил пр –3,3 тим –1,2 АСТ – 0,6 АЛТ –0,33 ммоль/л;

20.09.13ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/л

23.09.13 Глик гемоглобин 10,1%

### 19.09.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 7-9 в п/зр белок – 0,026 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

23.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

23.09.13Суточная глюкозурия отр; Суточная протеинурия – отр

##### 27.09.13Микроальбуминурия –233,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.09 | 5,4 | 9,1 | 6,2 | 8,8 |
| 22.09 | 5,9 | 8,8 | 10,8 | 10,3 |
| 25.09 |  |  | 10,6 | 6,9 |
| 27.09 |  |  | 8,3 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II, смешанная форма, болевой с-м.

Окулист: VIS OD=0,3 OS=0,3 ; ВГД OD=21 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Замедлене АВ проводимости

2012 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. (врач в отпуске)

23.09.13 Р-графия стоп + пяточные кости: опред. обизствление подошвенныз апононеврозов и мест крепления ахиллова сухожилия, с обеих сторон пяточные «шпоры», признаки субхондрального склероза и сужения суставных щелей в I плюсневых фаланговых суставах.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза большеберцовой артерии справа 45-50 %, слева – 63% Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,3 см3; лев. д. V =10,9 см3

Щит. железа увеличена за счет левой доли, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,58 см. В лев доле у перешейка такой же узел, 2,2\*1,34. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Эналаприл, габантин, тиоктацид, актовегин, нуклео ЦМФ, нейрорубин, Фармасулин HNP, сиофор 850,

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-26 ед., п/у- 14ед.,

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Конс кардиолога по м/ж (врач в отпуске).
6. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
7. Рек. невропатолога: габагамма 300 на ночь при необходимости увеличить дозу до 600- 900 в сут.
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ в динамике.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.