#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1546

##### Ф.И.О: Ананьева Татьяна Борисовна

Год рождения: 1959

Место жительства: Запорожье, Дзержинского 95-30

Место работы: ГрКП « Основание» инженер инв II гр

Находился на лечении с 26.11.13 по 05.11.13 в. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, декомпенсация.Дистальная хроническая диабетическая полинейропатия нижних конечностей сенсорная форма IIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к . Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст . Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Вторичный иммунодефицит.Железодефицитная анемия,средней степени тяжести . Послеоперационная вентрикулярная грыжа. ДДПП на поясничном уровне ( грыжа L5- S1 , протрузия диска L4- L5) . Вертеброгенная билатеральная люмбоишалгия, корешковый с-м. . Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза . Вестибуло-атактический, цефалгический с-м. Ячмень нижнего века правого глаза. Узловой зоб I ст ,узел правой доли .Эутиреоз. Ожирение II ст. (ИМТ 36 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 12 кг за 3 года больная строго соблюдает режим питания) , ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, боли в поясничной области, чувство кома в горле..

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил, сиофор). С 2008- инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар К 25 100Р п/з- 40ед., п/у- 40ед., сиофор 1000мг 2 раза в день . Гликемия –5-10 ммоль/л. НвАIс -7,2 % от 16.11. 12.Последнее стац. лечение в 05.2013г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 25 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10 мг, 1р/д, нолипрел форте по 1т 1/д. С 2009 выявлен диффузный зоб АТ к ТГ – 10,0 АТТПО -17,3. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.11.13Общ. ан. крови Нв – 97 г/л эритр –3,1 лейк – 5,2 СОЭ – 21 мм/час

э- 2% п-1 % с- 67% л- 26 % м- 4%

27.11.13Биохимия: СКФ –122 мл./мин., хол –6,5 тригл – 2,08 ХСЛПВП 1,35ХСЛПНП -4,2 Катер -3,81 мочевина –5,1 креатинин –76 бил общ – 10,1 бил пр – 2,4 тим –2,2 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,48 ммоль/л;

27.11.13Глик. гемоглобин – 7,1%

03.12.13 Железо – 4,40

### 27.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед в п/зр

28.11.13Суточная глюкозурия –0,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 28.11.13Микроальбуминурия –431,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.11 | 8,9 | 10,2 | 8,0 | 7,9 |  |
| 01.12 | 7,6 | 10,8 | 6,2 | 11,0 |  |
| 03.11 | 8,0 | 9,9 | 6,4 | 7,6 |  |
| 05.12 | 6,9 | 6,4 |  |  |  |

Невропатолог: ДДПП на поясничном уровне ( грыжа L5- S1 , протрузия диска L4- L5) Вертеброгенная билатеральная люмбоишалгия корешковый с-м. Хроническая дистальная диабеическая полинейропатия н/к II сенсоная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, вестибуло – атактический , цефалгический с-м.

Окулист: ДЗ: Ячмень нижнего века ОД.

ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I.

Гематолог: железодефицитная анемия.

Хирург: п/операционная вентрикулярная грыжа. Хронический фурункулез.

Иммунолог: вторичный иммунодефицит на фоне СД II типа. Анемия. Хр. фурункулез, ячмень век

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

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

30.11.13 ТАПБ узла щит. железы.: На фоне практически нормальной паренхимы в правой доле конгломерат изоэхогенных узлов с мелкой кистозной дегенерацией ,общий размер конгломерата 3,12 \*2,0 см .При пункции узла извлеченно 1,5 мл прозрачного ,жидкого коллоида ,узел уменьшился 2,74\*2,11см . Цитологическая картина пунктатов соответствует узловому зобу с кистозной дегенерацией узла.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 20,8 см3; лев. д. V = 5,5 см3

Щит. железа увеличена за счет правой доли, неконтуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. В правой доле с/з изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 3,74\*2,29 см с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Узи ОБП. Заключение :Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени ,застоя в желчном пузыре ,мелких конкрементов в почках с нарушением урокинетики ,косвенные признаки хр. пиелонефрита ,лейомиома матки ,гиперплазия эндометрия. ( УЗИ прилагается)

Лечение: бисопролол, нолипрел, сиофор, лирика ,розарт , офлоксацин ,

назальная мазь бактробан , Хумодар К 25 100Р ,берлитион ,витаксон , актовегин ,мидокалм

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130 /70 мм рт. ст. Купированы явления фурункулеза .

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта ,иммунолога ,невропатолога , гематолога. по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар К 25 100Р п/з- 40ед., п/у- 36-40 ед., сиофор (диаформин, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром ,карведилол 12,5 мг утр., предуктал МR по 1 табл 2 раза в день- 1 мес. Контроль АД
8. Берлитион 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.
9. УЗИ щит. железы повторить через 6 мес ,при росте узла конс. хирурга- эндокринолога ,для решения вопроса оперативного лечения.
10. Контроль ТТГ в динамике 1 раз в 6 мес.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Конс. уролога по м \жит.
12. Рек. окулиста: цилоксан в ОД 6 р /день ,на ночь за нижнее веко тетрациклиновая мазь
13. Рек. гематолога: тардиферон 1т./д. 2 р /день . 1 мес ,затем по 1 табл в день 4 мес. Контроль ч/з 1,5 мес.
14. Повторный осмотр у хирурга по поводу вентрикулярная грыжа по м /жит**.**
15. Рек иммунолога : Цефтриаксон 1,0 \*2 р/день в/м 7-10 дней ,назальная мазь бактробан в нос 5 дней ,дермальная мазь бактробан на очаги 10 дней , бронхомунал 1 капс утром 30 дней .Повт осмотр через 1 нед.
16. Б/л серия. АГВ № 23457 с 26 .11.13 по 06 .12.13. К труду07 .12.13г.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.