#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 739

##### Ф.И.О: Хмелевская Виктория Владимировна

Год рождения: 1962

Место жительства: г. Запорожье, ул Автозаводская 60-178

Место работы: ЧП « Березняк», фармацевт.

Находился на лечении с 11.06.14 по 24.06.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Смешанный зоб II, узлы обеих долей. Субклинический гипотиреоз..

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, периодически дискомфорт в прекардиальной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: диапирид 4 мг утром, диаформин 1000 2р/д. Гликемия –12-25 ммоль/л. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 10 мг 1р\д. Узловой зоб с 2008 23.05.14 ТАПБ узлов щит. железы. Цитологическая картина пунктатов соответствует узловому зобу с очаговой оксифильной метаплазией и очаговой атипией клеток фолликулярного эпителия, в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом. 22.05.14 ТТГ – 6,18 Св Т4 – 11,74Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.06.14 Общ. ан. крови Нв – 124 г/л эритр –3,9 лейк –6,6 СОЭ –22 мм/час

э- 2% п- 0% с- 63% л- 33 % м-2 %

12.06.14 Биохимия: СКФ –88,71 мл./мин., хол –7,3 тригл -3,2 ХСЛПВП -1,45 ХСЛПНП -4,4 Катер -4,0 мочевина –3,5 креатинин –75 бил общ –10,4 бил пр –2,5 тим – 4,6 АСТ – 0,55 АЛТ –0,71 ммоль/л;

12.06.14 Глик. гемоглобин – 10,6%

13.06.14 АТПО –13,3 (0-30) МЕ/мл

### 12.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1033 лейк – 6-7 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. – ед в п/зр

16.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр -250 белок – отр

19.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

13.06.14 Суточная глюкозурия –3,3 %; Суточная протеинурия – отр

##### 13.06.14 Микроальбуминурия –96,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.06 |  | 8,5 |  | 10,7 |
| 12.06 | 12,3 | 14,7 | 6,1 | 5,6 |
| 14.06 | 13,0 | 10,3 | 13,4 | 10,5 |
| 17.06 | 9,0 | 11,4 | 8,1 | 12,8 |
| 18.06 | 8,3 | 11,6 |  | 10,3 |
| 19.06 |  | 8,7 | 12,0 | 7,5 |
| 20.06 | 6,4 | 8,0 | 5,3 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

11.06Окулист: VIS OD= 0,04-4,5=0,5 OS= 0,05-4,5=0,7 ; ВГД OD= 18 OS=19

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ.

11.06ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.06РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

Конс хирурга эндокринолога: смешанный зоб Ш ст. Узлы обеих долей, субклинический гипотиреоз.

Нефролог: ХБП 1 ст диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия.

20.06.Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.06.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 24,8см3; лев. д. V = 11,8см3

Перешеек –1,59 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несколько неоднородная. В пр. доле у заднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,9\*2,41 см. У перешейка справа гиперэхогенный узел 0,6, дающий акустическую тень. В левой доли у переднего контура гипоэхогенный узел 0,6 см с мелкими ровными контурами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: диаформин, Генсулин Н, Генсулин Р, диапирид, энтеросгель, бисопролол, эутирокс, розарт

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-28 ед., п/уж -12 ед Генсулин R п/з – 6 ед., п/уж -4 ед

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 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.

Конс кардиолога по м/ж.

1. Эналаприл 2,5 мг утром, бисопролол 5 мг 1р\д. Контр. АД.
2. Конс кардиолога по м/ж ( врач на б/л).
3. Диалипон 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.
4. Рек. невропатолога: бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес.
5. Рек нефролога: адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.
6. Рек. хирурга эндокринолога: учитывая данные ТАПБ сонографические характеристики узлов показано оперативное лечение в плановом порядке в отд. трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ.
7. L-тироксин( эутирокс) 25 мкг утром натощак. Контр ТТГ в динамике ч/з 3-6 мес.
8. УЗИ щит. железы в динамике.
9. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
10. Б/л серия. АГВ № 234448 с 11.06.14 по 24.06.14. К труду 25.06.14г.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.