#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 627

##### Ф.И.О: Рясная Ирина Анатольевна

Год рождения: 1964

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов пер Зеленый 6

Место работы: н/р, инв ш гр

Находился на лечении с 08.05.17 по 16.05.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение. ХБП II диабетическая нефропатия Ш инфекция мочевыводящих путей. Ожирение I ст. (ИМТ 32кг/м2) эндокринного генеза, стабильное течение. С-м пустого турецкого седла: гиперкортицизм, гиперпролактинемия. Узловой зоб I ст, узел левой доли. Эутиреоидное состояния. Миопия средней степени ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. САГ Ш ст метаболическая кардиомиопатия СН 1. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза, с-м вестибулопатии. ДДПП распространённого характера. ЖКБ хр. калькулезный холецистит вне обострения. Отключённый желчный пузырь. Киста 2 сегмента печени. Хронический фиброзный панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции вне обострения. Липомотоз головы, шеи, спины и в/к

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 6-7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. 200/120мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, ухудшение памяти, вздутие живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, софор). С 2013 в связи с сопутствующей патологией переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з- 22-24 ед., п/у- 10ед., глюкофаж 500 мг утром. Гликемия – 10-12,6ммоль/л. НвАIс – 6,8 % от 11.2016. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение 20 лет. Из гипотензивных принимает триплексан 10/2,5/10. Узловой зоб с 2009 АТТПО – 12,3 ( 0-30 ) АТТГ < 20 ( 0-100) ТТГ – 0.9 ( 0.4-4.0). В 2015 ТАПБ: цитологическая картина пунктатов представлена единичными группами эпителиальных клеток, трактовка которых затруднена. Гиперпролактинэмия более 20 лет, пролактин – 35,7 ( 0-46) от 2015. В 2008 МРТ : с-м пустого турецкого седла. КТ: билатеральная гиперплазия надпочечников. С 2013 гиперкортицизм гиперпролактинемия. С 11.2014 самостоятельно прекратила прием достинекса и кетокеназол. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 10.05 | 156 | 4,78 | 8,1 | 4 | 2 | 4 | 47 | 44 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 10.05 | 72 | 6,2 | 2,4 | 0,77 | 4,3 | 7,0 | 4,8 | 104,5 | 10, | 2,5 | 1,2 | 0,32 | 0,43 |

12.05.17ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

12.05.17 Кортизол 647 нмоль/л (138-635) пролактин 1175мЕД/л(109-557)

11.05.17 К – 4,6 ; Nа –135 Са - 2,58 ммоль/л

### 11.05.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 11-12 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

15.05.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -19500 эритр -250 белок – отр

10.05.17 Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – отр

##### 11.05.17 Микроальбуминурия –102,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.05 | 4,2 | 5,1 | 4,7 | 6,2 | 7,8 |
| 14.05 | 6,4 | 10,2 | 11,4 | 12,3 | 9,3 |
| 15.05 |  |  | 7,4 | 8,1 |  |

08.05.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, сочтенного генеза с-м вестибулопатии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение

10.05.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 артерии сужены (неравномерно) справа с носовой стопы более сужены, сосуды умеренно извиты с-м Салюс 1. В макулярной области без особенностей Д-з: Миопия ср. степени. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ..

08.05.17 ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Блокада срединного разветвления ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

11.05.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к IIст Лимфостаз н/к II ст

16.05.17 Хирург: ЖКБ хр. калькулезный холецистит вне обострения. Отключённый желчный пузырь. Киста 2 сегмента печени. Хронический фиброзный панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции вне обострения. Липомотоз головы, шеи, спины и в/к

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

11.05.17 Допплерография: ЛПИ справа –0,9 , ЛПИ слева –0,9 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон..

12.05.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки наличия кисты по 2 сегменте печени на фоне диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, множественных конкрементов желчном пузыре, выполняющих всю полость пузыря, облитерации желчного пузыря, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника .кальцинатов в селезенке, множественных конкрементов в почках без нарушений урокинетики, наличия кисты пр. почки, гиперплазия обеих надпочечников, наличия мягкого очага в левой доли щит. железы с усиленным кровотоком на фоне изменений диффузного типа в паренхиме щит. железы. По сравнению с предыдущими данными картина стабильная

12.05.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V =5,8 см3

Перешеек – 0,4см.

В передних отделах н/3 левой доли в зоне перехода в перешеек лоцируется образование 1,25\*0,8, четко очерченное гипоэхогенное неоднородной структуры с умеренно выраженными признаками дорального усиления. Кровоток в описано образовании усилен. на остальном протяжение эхоструктура паренхимы нормальной эхоинтенсивности, диффузно не равномерная Увеличение р-х л/узлов не выявлено. Паращитовидные железы четко не лоцируются.

Лечение: триплексан, тиогамма, глюкофаж, Генсулин Н.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. АД 130/80-160/90 мм рт. ст. сохраняется выраженная общая слабость, боли в мышцах н/к.

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-24 ед., п/уж -10 ед.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 500 - 1т. \* утром

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Триплексан 10/2,5/10 1т. утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Берлитион (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.
6. Рек. невропатолога: армадин 45,0в/в кап № 10. нормовен 1т 2р\д 1 мес.
7. Повторить ТАПБ узла с послед конс. эндокринолога .УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
8. Ципрофлоксацин 400 мг 1т 2р\д, флуконазол 50 мг\сут – 10 дней контроль ан. мочи.
9. Рек хирурга: наблюдение гастроэнтеролога ил терапевта п ом\ж, исключить жирную, острую, кислую пищу; креон 10тыс 1к 2-3\д во время еды, омез 20 м\сут 1 мес, карсил 1т 3р\д 2 мес, но-шпа 1т1-2 р\сут при дискомфорте в пр. подреберье, оперативное лечение –лапароскопическая холецистэктомия в плановом порядке. В случае обострения появления болей в пр подреберье более 24 часов обращение к хирургу в ургентном порядке. Контроль УЗИ ОБП через6 мес
10. Контроль пролактина, кортизола в динамике достинекс 0,25 мг/сут, коррекция дозы.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В