#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 714

##### Ф.И.О: Килевая Лариса Владимировна

Год рождения: 1968

Место жительства: Запорожье, Юности 26г-67

Место работы: н/р ЧАЭС кат II № 233114

Находился на лечении с 20.05.13 по 04.06.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия ОИ. Ранний церебральный атеросклероз МАГ с-м краниоцеребральной ангиодистонии, венозно-ликворная дисфункция. Цереброастенический с-м на фоне СД. ВРВ н/к. С-м ВСД. Вялогранулирующая рана области спины. Хронический панкреатит в ст ремиссии. Хронический колит. Гипомоторная дискинезия толстого кишечник. Хронический гепатоз НФП Iст. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз средней тяжести. Ожирение I ст. (ИМТ 33кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Лейомиома матки небольших размеров.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/110мм рт.ст., головные боли, склонность к запорам, незаживающая послеоперационная рана спины, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2005г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (амарил). С-пептид 0,2 от 05.2012. В связи со стойкой декомпенсацией переведена на ИТ в 2012. В наст. время принимает: Фармасулин НNР п/з-20 ед., п/у- 10ед., глюкофаж 1000 2 р/д. Гипотиреоз с 2012г. ТТГ 6,1; АТТПО 16,2Ме от 07.2012. Принимает эутирокс 25 мкг короткими курсами. ТТГ 9,9 (0,4-3,6) от 16.05.13. Гликемия –2,5-15,0 ммоль/л. НвАIс – 12,3 % от 16.05.13. Последнее стац. лечение в 2005г. Боли в н/к в течение 3лет. Повышение АД в течение 20лет. Гипотензивную терапию в настоящий момент не принимает. 15.03.13 иссечение липомы спины в условиях ЗЦРБ, отмечает длительное незаживление п/о раны. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.05.13Общ. ан. крови Нв –136 г/л эритр – 4,3 лейк – 4,4 СОЭ – ,8 мм/час

э-8 % п- 3% с- 58% л- 26% м- 5%

21.05.13Биохимия: СКФ – 173,7мл./мин., хол –4,7 тригл -1,46 ХСЛПВП -1,23 ХСЛПНП -2,81 Катер -2,82 мочевина –3,1 креатинин –58 бил общ –9,2 бил пр –2,1 тим –3,9 АСТ –0,39 АЛТ – 1,24 ммоль/л;

31.05.13 АСТ 0,60; АЛТ 0,91мкмоль/ч мл

21.05.13Анализ крови на RW- отр

16.05.13 Глик. гемоглобин 12,3%

31.05.13НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

24.05.13 К -2,55 ммоль/л

31.05.13 Са – 2,37 ммоль/л

### 21.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 6-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - много в п/зр

23.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

22.05.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,052

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 21.05 | 8,3 | 10,6 | 8,9 | 9,0 |
| 23.05 | 8,6 | 5,6 | 11,3 | 8,5 |
| 28.05 |  |  | 5,6 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма. Ранний церебральный атеросклероз МАГ с-м краниоцеребральной ангиодистонии, венозно-ликворная дисфункция. Цереброастенический с-м на фоне СД.

Окулист: VIS OD=0,2 OS=0,2 ; ВГД OD= 18 OS=19

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия ОИ.

20.05.13ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: С-м ВСД

28.05.13ЭХО КС: КДР- 5,36см; КДО- 138,86мл; КСР-3,70 см; КСО- 57,98мл; УО-80,89 мл; МОК-7,06 л/мин.; ФВ- 58,25%; просвет корня аорты – 3,57см; АК раскрытие 2,03; ПЛП -2,96 см; МЖП – 1,36 см; ЗСЛЖ –0,9 см; ППЖ- 1,85см; ПЛЖ- 5,36см; ТК- б/о; По ЭХО КС: уплотнение, утолщение стенок аорты, гипертрофия МЖП, краевой фиброз МК с минимальной герургитацией. Систолическая, диастлическая функции не нарушены.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. ВРВ н/к.

Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

Хирург: Велогранулирующая рана области спины

Гинеколог: лейомиома матки небольших размеров

Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в ст ремиссии. Хронический колит. Гипотомторная дискинезия толстого кишечник. Хронический гепатоз НФП Iст

24.05.13Дупл. сканирование артерий н/к: Эхопризнаки диабетической ангиопатии н/к. Варикозной деформации системы левой и правой БПВ с несостоятельным СФС.

Дупл. сканирование брахицефальных артерий : Заключение: Эхопризнаки диабетической ангиопатии и стенозирующего атеросклеротического БЦА на экстракраниальном уровне: права в устье ВСА визуализирована лок. а/с бляшка низкой плотности, стеноз по диаметру на 25-30%. Незначительно нарушена прямолинейность хода ПА в сегменте V2. ЛСК в артериях БЦА на экстракраниальном уровне – в пределах возрастной нормы с допустимой сторонней асимметрией. Интракраниально: признаки функционального возоспазма в Лев. ПМА. ЛСК в артериях мозга и артериях ВББ – в пределах норы. Сторонняя асимметрия – допустимая. Признаки умеренной внутричерепной гипертензии, венозной дисгемия в ВЯВ. Пробы с поворотом головы: без особенностей.

16.05.13УЗИ : Эхопризнаки хронического панкреатита

20.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,1см3; лев. д. V = 2,8 см3

Перешеек –0,55 см.

Щит. железа еньше нормы?, контуры бугристые. Капсула уплотнена утолщена. Эхогенность паренхимы значительно снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щ.щ. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, аспекард, аторвастатин, эналаприл, Фармасулин НNР, тиоцетам, нейробион, диалипон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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- 22-24ед., п/у- 12-14ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 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: аторвастатин 10 мг\*1р/сут. на ночь.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: билобил форте 1 т 2р/сут 1-2 мес, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год.
12. L-тироксин(эутрокс 25 мкг). утром натощак за 30 минут до еды, контроль ТТГ ч/з 2 мес. с послед. осмотром эндокринолога.
13. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 1-2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.
14. Рек. гастроэнтеролога: дообследование по м/ж: ирригоскопия, повторный осмотр.
15. Рек. гинеколога: «Д» учет по м/ж, УЗИ ОМТ 1р в 6 мес, тазалок по схеме 3 мес.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.