#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1146

##### Ф.И.О: Агоста Виктория Ярославовна

Год рождения: 1970

Место жительства: Черниговский р-н, с. Хмельницкое, Центральная 86

Место работы: н/р

Находился на лечении с 12.09.13 по 25.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Диабетическая нефропатия Шст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цефалгический вестибуло-патический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Аутоимунный тиреоидит. Узловой зоб II , узел левой доле. Эутиреоз. Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит, гастрит в ст. нестойкой ремиссии. Вторичный колит. Дискинезия толстого кишечника по смешанному типу. Ожирение II ст. алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на потерю веса на 15 кг за 3 мес., ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. В наст. время принимает: Амарил 4 мг, Сиофор 850 2р/д. Гликемия –12-14 ммоль/л. НвАIс -9,2 % от 05.2013. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.09.13Общ. ан. крови Нв – 187 г/л эритр –5,7 лейк –12,6 СОЭ –4 мм/час

э- 1% п-2 % с- 69% л- 22 % м-6 %

11.09.13 Нв – 155 г/л, эрит 4,7, лейк 7,5.

13.09.13Биохимия: СКФ –177 мл./мин., хол –6,99 тригл -2,98 ХСЛПВП -1,44 ХСЛПНП -4,19 Катер -3,85 мочевина –3,5 креатинин – 66 бил общ –9,0 бил пр –2,0 тим – 2,3 АСТ – 0,39 АЛТ –0,10 ммоль/л;

13.09.13Анализ крови на RW- отр

20.09.13 Св.Т4 - 10,8 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/л

АТ ТГ – 312,2 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО –920,0 (0-30) МЕ/мл

### 13.09.13Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - у; эпит. перех. -ум в п/зр

17.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -14000 эритр - белок – отр

16.09.13Суточная глюкозурия – 0,33%; Суточная протеинурия – отр

19.09.13 кал на я/г - отр

##### 20.09.13Микроальбуминурия –61,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.09 | 9,3 | 10,8 | 8,3 | 11,5 |  |
| 18.09 | 8,9 |  | 10,3 |  |  |
| 18.09 | 8,8 | 9,9 | 8,4 | 10,9 |  |
| 21.09 | 9,8 | 6,3 | 9,8 | 11,6 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза, цефалгический вестибуло-патический с-м.

Окулист: VIS OD=01,0 OS=1,0 ; ВГД OD=21 OS=21

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, начальные склеротические изменения. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

18.09.13ЭХО КС: КДР- 5,48см; КДО-146 мл; КСР- 4,13см; КСО-75,39 мл; УО-70,94 мл; МОК- 5,96л/мин.; ФВ- 48,48%; просвет корня аорты – 3,32см; АК раскрытие - N; ПЛП – 3,57 см; МЖП – 1,23 см; ЗСЛЖ –1,05 см; ППЖ-1,6 см; ПЛЖ- 5,48см; ТК- б/о; По ЭХО КС: По эхо КС – уплотнение стенок АО, ЗСЛЖ с гипокинезией. ПМК с минималной регургитацией, увеличение полости ЛП. .

16.09.13Р-скопия ЖКТ: Хронический гастрит, хр панкреатит.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии обострения с нарушением внешне и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит, гастрит в ст. нестойкой ремиссии. Вторичный колит. Дискинезия толстого кишечника по смешанному типу.

Гинеколог: Ранняя переменопауза

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

Допплерография: ЛПИ справа – , ЛПИ слева – . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst III ст. с обеих сторон.

17.09.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,7 см3; лев. д. V = 6,8см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая. В лево доле н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,6\*1,58 с кистозной дегенерацией. В с/3 левой доли изоэхогенный узел. с гидрофильным ободком 0,87\*0,5 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узлы Левой доли.

Лечение: Сиофор, амарил, эналаприл, габантин, торвокард, эналаприл, канефрон, Генсулин Н, актовегин,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/90 мм рт. ст. Учитывая высокий уровень глик. гемоглобина 9,2, гипергликемии натощак и после еды больная переведена на комбинированную сахаронижающию терапию.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з-20 ед,

ССТ: сиофор (диаформин, глюкофаж) 1000 - 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. Рек. кардиолога: небилет 1,25-5 мг\*1р/сут, физиотенс 0,2 мг. Контроль АД, ЭКГ.
5. Актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.

##### Леч. врач Костина Т.К.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А.

Нач. мед. Костина Т.К.