#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 572

##### Ф.И.О: Рясная Ирина Анатольевна

Год рождения: 1964

Место жительства: г. Орехов пер. Зеленый 6

Место работы: н/р инв. IIгр.

Находился на лечении с 18.04.13 по 30.04.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Миопия средней степени ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. Вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м, ДДПП распространенного характера. Вертеброгенная любоишалгия, хроническое рецидивирующие течение. Язвенная болезнь, активная фаза, тяжелое течение, хроническая язва луковицы 12п.к-ки с болевым и диспепсическим с-м, ст обострения. Остановившееся ЖКК кровотечение, рубцовая деформация луковицы 12пк-ки. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Узловой зоб Iст. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Микроаденома гипофиза ? Гипоталамический с-м. Нейроэндокринное ожирение 1 ст (ИМТ 31кг/м2) стабильное течение. САГ II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 9 кг за 3 мес. (на фоне диеты), ухудшение зрения, боли в н/к, в крупных суставах, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания стабильное. Комы отрицает. С начала заболевания ССП (манинил, сиофор). На фоне приема метформинов диарея, в связи с чем переведена на глимепирид 4 мг.

Гликемия –11-13,0 ммоль/л. НвАIс – 9,2 %(03.2013). Гиперпролактемия выявлена впервые в возрасте 20 лет. Назначен постоянный прием парладела (бромкриптин) который принимает не регулярно. Гипоталактический с- впервые выставлен в 1984. В 2009 обследована в условиях эндокриндиспансера: МРТ головного мозга: Дисциркуляторная энцефалопатия. «С-м пустого турецкого седла», умеренная наружная гидроцефалия. КТ органов заброшенного пространства: признаки билатеральной гиперплазии надпочечников. Проведена малая дексаметазоновая проба: 06.10.09 кортизол 772,3, 23.00 больная приняла 1 мг дексаметазона, 07.10.09 кортизол крови 66,85. Последнее стац. лечение в 2010г. Повышение АД в течение 3лет. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД, дообследования..

Данные лабораторных исследований.

19.04.13Общ. ан. крови Нв –166 г/л эритр –4,9 лейк –7,1 СОЭ –2 мм/час

э-0 % п-1 % с-67 % л- 19 % м-13 %

20.04.13Общ. ан. крови Нв – 172 г/л эритр Ht– 0,55

19.04.13Биохимия: СКФ –82 мл./мин., хол –6,18 тригл -2,31 ХСЛПВП -1,02 ХСЛПНП -4,11 Катер -5,05 мочевина – 5,8 креатинин – 104 бил общ –13,9 бил пр –3,5 тим –2,7 АСТ –0,66 АЛТ – 0,22 ммоль/л;

26.04.13 К -3,6, Nа 130 ммоль/л

19.04.13 кортизол 1602,0 нмоль/л, Профлактин 957,0 мМЕ/л

19.04.13 ТТГ –0,212 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТГ - 10,0 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО – 12,34 (0-30) МЕ/мл

### 19.04.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – 0,041 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

29.04.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - белок – 0,063

22.04.13Суточная глюкозурия – 0,75%; Суточная протеинурия – 0,053 г/сут

##### 23.04.13Кал на я/г – отр

Большая дексометазоновая проба: с 27.04 по 29.04.13 больная приняла по 8мг дексаметазона в сутки (2мг каждые 6 часов).Кортизолнмоль/л (19.04.13) 1602,0. Кортизол (29.04.13) 51,23 нмоль/л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.04 | 10,9 | 8,9 | 7,8 | 6,4 |  |
| 21.04 | 8,4 | 4,7 | 7,6 | 10,4 |  |
| 23.04 |  | 8,6 | 10,8 |  |  |
| 24.04 | 7,6 | 7,8 | 11,2 | 13,3 |  |
| 25.04 |  | 8,8 | 9,2 | 15,4 |  |
| 27.04 | 10,2 | 12,4 | 10,8 | 13,1 |  |
| 28.04 | 12,0 | 12,4 | 12,5 | 11,8 |  |
| 29.04 |  | 10,4 | 9,1 | 9,9 |  |
| 30.04 | 7,1 | 11,9 |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. Вестибуло-атактический с-м, цереброастенический с-м, ДДПП распространенного характера. Вертеброгенная любоишалгия, хроническое рецидивирующие течение.

Окулист: VIS OD=0, OS=0, ; ВГД OD= OS=

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Поля зрения в норме. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

18.04.13ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж умеренно снижен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Язвенная болезнь, активная фаза, тяжелое течение, хроническая язва луковицы 12п.к-ки с болевым и диспепсическим с-м, ст обострения. Остановившееся ЖКК кровотечение, рубцовая деформация луковицы 12пк-ки. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

19.04.13Хирург: язвенная болезнь. Хр язва луковицы 12пк-ки. Остановившейся ЖКК.

24.04.13Хирург : Данных за продолжающееся ЖКК нет. Острой хирургической патологии нет

19.04.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; множественных конкрементов в желчном пузыре, выполняющих всю полость, облитерации желчного пузыря, хр. калькулезного холецистита; фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, множественных конкрементов в почках, косвенные признаки правостороннего хр. пиелонефрита. Обращает внимание увеличение размеров надпочечников.

19.04.13ФГДЭС:.острые эрозии желудка и ДПК, осложнившиеся ХНН (остановившиеся). Хр. язва луковицы ДПК. Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК.

24.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4см3; лев. д. V = 7,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз.В лев доли гидрофильный узел 0,93\*0,62см, рядом – расширенный фолликул 0,45с. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли

Лечение: Нолипрел, омез, ипамид, трифас, Де-нол, нолипрел, маалокс, дамаргин, гепарин, викасол, Генсулин Н, Генсулин R.

Состояние больного при выписке: Учитывая клинические проявления, данные лабораторных исследований, результаты «большой» дексометазоновой пробы можно думать о наличие микроаденомы гипофиза, гипоталамического с-ма. СД субкомпенсирован, учитывая тяжелую сопутствующею патологи ЖКК переведена на ИТ. АД 130/80 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. Повторная конс. эндокринолога эндокриндиспансера после получения результатов АТТТГ , проведение МРТ головного мозга , с контрастированием (07.05.13) , КТГ надпочечников (07.05.13)
4. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 28-30ед., п/у-6-8 ед.,

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Нолипрел 7,5 мг утром. Ипамид 2,5 мг утром. Трифас 2,5-5 мг утром. Контр. АД.
4. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/м № 10, сермион 4 мг в/м № 10 затем 30 мг утр. 1 мес., глицесед 3р/д. фаст релиф ШОП.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, Омез 20 мг 2р/д длительно, де-но 1 т 3р/д + 1 на ночь до 2 нед. наблюдение гастроэнтеролога по м/ж.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.