#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 723

##### Ф.И.О: Негинская Валентина Павловна

Год рождения: 1944

Место жительства: г. Энергодар, Строителей, 22-80

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 21.05.13 по 03.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешанная форма IIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная компенсация. ИБС, стенокардия напряжения I ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II , преимущественно в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. Гиперметропия ОИ.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния в различное время, шаткость при ходьбе, снижение памяти, чувство тяжести за грудиной.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ). В 2003 в связи с отсутствием компенсации, гипогликемическими состояниями переведена на Лантус, Эпайдру В наст. время принимает: Эпайдра п/з-4-6 ед., п/о- 6-7ед., п/у- 3-4ед., Лантус 7.00 27 ед. Гликемия 1,9-17,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает эналаприл Н. АИТ с 1999г. В 2006- гипотиреоз, принимает эутирокс – 75 мкг. Хирургическая менопауза с 1993г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.05.13Общ. ан. крови Нв – 117 г/л эритр – 3,4 лейк – 6,0 СОЭ – 26мм/час

э- 2% п-1 % с- 60% л- 31 % м- 6%

31.05.13 СОЭ – 28мм/час

22.05.13Биохимия: СКФ –64 мл./мин., хол –5,7 тригл -2,02 ХСЛПВП – 1,91 ХСЛПНП -2,87 Катер -2,0 мочевина –6,1 креатинин – 86 бил общ –9,7 бил пр –2,4 тим –3,9 АСТ –0,27 АЛТ – 0,40 ммоль/л;

22.05.13Глик. гемоглобин – 7,87%

24.05.13 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/л

31.05.13 К- 4,6, Са – 2,19 ммоль/л

### 22.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

24.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – 0,186

27.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

23.05.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 24.05.13Микроальбуминурия –99,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.05 | 11,0 | 11,7 | 13,4 | 6,9 | 3,9 |
| 23.05 | 9,8 |  |  |  |  |
| 25.05 | 9,3 | 9,0 | 3,7 | 7,4 | 6,8 |
| 31.05 | 7,2 | 10,2 | 3,1 | 5,1 | 3,0 |
| 02.06 | 5,7 | 4,9 | 6,1 | 5,9 | 5,9 |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II , преимущественно в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, смешанная форма IIст.

Окулист: VIS OD=0,1 с кор 0,5 OS=0,1 с кор 0,4 ; ВГД OD= 22 OS=23

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, экссудаты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Вены неравномерно расширены, извиты. Д-з: Гиперметропия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.05.13ЭКГ: ЧСС – 60 уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения I ф.кл. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

27.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; фиброзирования поджелудочной железы, изменений диффузного типа в паренхиме правой почки. Левая почка не локализируется.

31.05.13Дуплексное сканирование брахицефальных артерий: эхопризнаки проявления макроангиопатии по гипертоническому атеросклеротическому типу. Признаки экстравазальных влияний на гемодинамику ПА справа с усилением в пробах головы. Снижение кровотока в сегменте V2-V4ПА справа, вертебральная асимметрия 30%. Венозная дисгемия в системе ПВС слева. Снижение оттока во ВЯВ.

24.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,0 см3; лев. д. V = 1,4 см3

Щит. железа в пределах нормы, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы значительно снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эутирокс, эналаприл Н, Лантус, Эпайдра, сермион, кортексин, тиоктацид.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, но сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. 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. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-5-7 ед., п/о- 6-8ед., п/у- 2-4ед.(при необходимости), Лантус п/з 27- 29 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 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: кардиомагнил 75мг 1т. веч., нолипрел форте 1т\*утром,. Дообследование: ЭХО КС.
8. Эналаприл 5-10 мг 2р/сут, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 3-6 мес., вазокет 600 мг 1т сут . 1 -2 мес, роксера 5 мг веч.
11. Эутирокс 75 мкг. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ 2р/год
12. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.