#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 827

##### Ф.И.О: Бульба Оксана Владимировна

Год рождения: 1971

Место жительства: Запорожье, пер. Пензенский 4

Место работы: ЗНТУ хоз отд. уборщица, инв Ш гр.

Находился на лечении с 11.06.13 по 21.06.13 в диаб. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к, II ст. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Диабетическая нефропатия III ст. Остеоартоз, ШОП вертеброгенная цефалгия, ст. Нестойкой ремиссии, умеренно выраженный болевой с-м. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 30 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 15 кг за 3-4 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар К 25 100Р. В 2006 в ЗОЭД переведен на Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-2-4 ед., п/о- 8ед., п/у- 4ед., Фармасулин НNР 22.00 – 30 ед. ухудшение состояния связано с повышением АД и 4х кратным введением инсулина. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.06.13Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр – 4,2 лейк – 5,8 СОЭ –7 мм/час

э- 2% п-1 % с- 60% л- 32 % м- 5%

12.06.13Биохимия: СКФ –80,1 мл./мин., хол –5,6 тригл -2,5 ХСЛПВП -1,4 ХСЛПНП -3,1 Катер -3 мочевина – 5,1 креатинин – 109 бил общ –11,4 бил пр –2,9 тим – 2,4 АСТ – 0,45 АЛТ – 0,7 ммоль/л;

14.06.13 ТТГ-3,3, АТТПО- 124,5

### 12.06.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум эпит. перех. - в п/зр

13.06.13Суточная глюкозурия – 1,86%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.06.13Микроальбуминурия –14,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.06 | 9,9 |  | 6,3 | 10,1 |  |
| 13.06 |  | 12,2 |  | 4,0 |  |
| 16.06 | 9,5 | 11,1 | 7,8 | 7,2 |  |
| 18.06 |  | 4,9 |  |  |  |

Невропатолог: Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Диабетическая нефропатия III ст. Остеоартоз, ШОП вертеброгенная цефалгия, ст. Нестойкой ремиссии, умеренно выраженный болевой с-м.

Окулист: VIS OD=0,2 OS=0,2 ; ВГД OD=20 OS=21

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Миопия ОИ. Амбиопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.06.13ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная.

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

12.06.13ЭХО КС: КДР- 5,37см; КДО- 139мл; КСР-3,30 см; КСО-44,19 мл; УО- 95,41мл; МОК- 8л/мин.; ФВ-68,35 %; просвет корня аорты -3,45 см; АК раскрытие -2,12 N; ПЛП -3,15 см; МЖП –1,23 см; ЗСЛЖ –1,23 см; ППЖ- 1,77см; ПЛЖ-5,37 см; ТК- б/о;. По ЭХО КС: Умеренная гипертрофия левого желудочка

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.06.13РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

12.06.13Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

13.06.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; желчный пузырь удален, функционального раздражения кишечника.

18.06.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6см3; лев. д. V = 2,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена. Эхоструктура сохранена. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Структурных изменений щитовидной железы не выявлено.

Лечение: Фозикард, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, тиоцетам, вазонат, агапурин, мидокалм

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Больная переведена на 3х кратное введение инсулиа, с целью снижение кол-ва инъекций, снижение дозы инсулина и профилактики прибафки веса.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 26ед., п/о-14 ед., Фармасулин НNР п/у- 32ед.,
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: фозиноприл. 10-20 мг.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Берлитион 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. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
12. Б/л серия. АБЖ № 503943 с 11.06.13 по 21.06.13. К труду 22.06.13г.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.