#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 692

##### Ф.И.О: Макаренко Ирина Ивановна

Год рождения: 1954

Место жительства: Запорожье, ул. Малая 3-350

Место работы: ПАТ «Запорожсталь» курьер, инв Ш гр

Находился на лечении с 15.05.13 по 27.05.13 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. Миопия ОИ. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II на фоне стенозирующей МАГ, преимущественно в системе каротин на фоне ДДПП ШОП. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Узловой зоб Iст. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на боли в крупных суставах, онемение н/к и в/к, боли в н/к, судороги, повышение АД макс. до 140/90мм рт.ст., головные боли, Краткий анамнез: СД выявлен в1972 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10-12ед., п/о- 5-7ед., п/у-11-12 ед., Протафан НМ 22.0020-22 ед. Гликемия –3,0-8,0-11,0 ммоль/л. НвАIс – 9,6 %.(2012) Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 5лет. Из гипотензивных принимает берлиприл. АИТ с 2011. АТ-ТПО 167,3, ТТГ (2012)-0,6. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.05.13Общ. ан. крови Нв –115 г/л эритр –3,6 лейк – 4,0 СОЭ – 20 мм/час

э- 3% п-2 % с- 66% л- 24 % м- 5%

20.05.13Общ. ан. крови Нв – 117 г/л

16.05.13Биохимия: СКФ –65 мл./мин., хол –4,87 тригл -1,1 ХСЛПВП -2,09 ХСЛПНП -2,28 Катер -1,3 мочевина –7,9 креатинин –95 бил общ –10,4 бил пр –2,4 тим –1,4 АСТ – 0,44 АЛТ – 0,42 ммоль/л;

20.05.13Биохимия: СКФ – 63,2мл./мин., мочевина – 5,6 креатинин –98

17.05.13Глик. гемоглобин – 8,29 (4,8-5,9)%

17.05 С-реакт белок 0,92, ревм факт. 11,67

20.05.13 Железо 19,6 мколь/л

### 16.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

17.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

17.05.13Суточная глюкозурия – 0,73 %; Суточная протеинурия – отр

##### 1705.13Микроальбуминурия –124,72 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.05 | 10,2 | 6,8 | 9,1 | 13,8 |
| 20.05 | 8,9 | 3,2 | 8,7 | 5,2 |
| 22.05 | 5,2 | 6,4 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II на фоне стенозирующей МАГ, преимущественно в системе каротин на фоне ДДПП ШОП.

Окулист: VIS OD=0,07 с кор = 1,0 OS=0,07 с кор 0,4 ; ВГД OD= 19 OS=20

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

Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I.

ЭХО КС: КДР-4,88см; КДО-111,6 мл; КСР- 3,1см; КСО-38 мл; УО- 73,6мл; МОК-4,98 л/мин.; ФВ-66 %; просвет корня аорты – 3,10см; АК раскрытие – 1,6; ПЛП -2,66 см; МЖП –0,79 см; ЗСЛЖ – 0,94см; ППЖ- 0,94см; ПЛЖ-4,88 см; ТК МК -«М» обр формы, регургитации 1ст. По ЭХО КС: уплотнение аорты и фиброз АК. Повышение градиента в устье аорты(сужение выходного тракта в ЛЖ). Митральная регургитация 1 ст.

17.05.13 Р-графия т/бедренных суставов: явление коксартроза в виде субхондр. склероза вертлужных впадин и краевых остеофитов.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к .

Нефролог: ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, конкремент левой почки артериальная гипертензия.

Гинеколог: Практически здорова

17.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; функционального разрежения кишечника, краевой кисты левой почки, изменений диффузного типа в паренхиме почек.

Лечение: берлиприл, торвакард, тиогамма, мильгамма, Актрапид НМ , Протафан НМ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, ревматолога, гематолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 10-12ед., п/о- 5-7ед., п/у- 11-13ед., Протафан НМ 22.00 22-24 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Берлиприл 5 2р/д, Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: сермион 30 мг утр. 1 мес., массаж ЛФК ШВЗ.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. Рек. окулиста: дицинон 1т. 3р/д.
8. Б/л серия. АБЖ № 503904с 15.05.13 по 28.05.13. К труду 29.05.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.