#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 680

##### Ф.И.О: Варакута Наталья Владимировна

Год рождения: 1979

Место жительства: Запорожье, украинская 35-309

Место работы: ЗЭТ, контролер

Находился на лечении с 14.05.13 по 24.05.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия V ст.ХПН 0-1 Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ранний церебральный атеросклероз. Дисциркуляторная атеросклеротическая энцефалопатия I-II преимущественно в системе каротит. Венозно-ликворная дисфункция с-м дизлипидемии. ИБС п/инфарктный кардиосклероз (2011). СН 1. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз средней тяжести, медикаментозная компенсация. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м в ст обострения. H-Pylory отр. Хронический гепатоз. Подагра, хроническое течение, неактивная фаза Ro1 СФН0.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния до 1-2 р нед, потерю веса на 5 кг, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ). В 2004 в связи с лабильным течение переведена на Лантус. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10-12ед., п/о- 8ед., п/у- 4-6ед., Лантус п/з -23 ед. Гликемия –7,6-13,1 ммоль/л. НвАIс – 10,0 %(11.02.13). Последнее стац. лечение в 2011г. Повышение АД в течение 10лет. АИТ с 2006г. АТПО-60,7; АТТГ-73,9; ТТГ -11,5. L-тироксин 100 мкг. 23.11.11 госпитализирована в кардиологическое отд по м/ж д-з: ИБС о. инф. миокарда. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.05.13Общ. ан. крови Нв 121– г/л эритр –3,8 лейк –4,8 СОЭ –26 мм/час

э-4 % п- 2% с- 55% л- 29% м-10 %

17.05.13 СОЭ 46 мм/час

15.05.13Биохимия: СКФ –53,5 мл./мин., хол –6,8 тригл -2,1 ХСЛПВП -0,92 ХСЛПНП – 4,9Катер -6,4 мочевина –6,3 креатинин – 128 бил общ –14,2 бил пр –4,1 тим –6,3 АСТ – 0,11 АЛТ – 0,13 ммоль/л;

22.05.13 СКФ 53,5 креатинин 128 мколь/л

22.05.13Глик. гемоглобин – 8,93%

16.05.13 Мочевая кислота 352.17 мколь/л.

15.05.13 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/л

20.05.13Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 101,4 %; фибр – 4,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ –103 %; св. гепарин – 2\*10-4

### 15.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

2205.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - 250 белок – 0,393

16.05.13Суточная глюкозурия – 0,55%; Суточная протеинурия – 1,32г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.05 | 6,4 | 8,2 | 2,9 | 8,7 |
| 17.05 |  |  | 10,9 |  |
| 18.05 | 4,5 | 10,1 | 5,1 | 6,9 |
| 22.05 | 5,4 | 7,8 |  |  |

Невропатолог: Ранний церебральный атеросклероз. Дисциркуляторная атеросклеротическая энцефалопатия I-II преимущественно в системе каротит. Венозно-ликворная дисфункция с-м дизлипидемии.

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

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены, извиты. Легкая переливчатость сетчатки в макулярной области. Вены неравномерно расширены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Кардиолог: ИБС п/инфарктный кардиосклероз (2011). СН 1.

23.05.13 Рграфия стоп: признаки субхондр склероза, сужение суставных щелей, в Iх плюсневых с-вах и в межфаланговых с-вах обеих стоп.

Ревматолог: Подагра, хроническое течение, неактивная фаза Ro1 СФН0.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м в ст обострения. H-Pylory отр. Хронический гепатоз.

ФЭГДС: недостаточность кардии катаральный эзофагит, Очаговая эритематозная гастродуоденопатия. Гастростаз?

УЗИ ОПБ:2.05.13 Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени, перегиба желчного пузыря, в/3 тела, и в области шейки, застоя желчного пузря, косвенные признаки двухстороннего пиелонефрита.

14.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1см3; лев. д. V = 4,4 см3

По сравнению с УЗИ от 05.11г. размеры щит железы уменьшились, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: нейровитан, фенигидин, L-тироксин, рамизес, индопен, небивал, леркамен, аторис, кардиомагнил, омега 3, тиогамма, актовегин, Актрапид НМ, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 10-12ед., п/о-7-9 ед., п/у- 4-6ед., 22.00 Лантус 21-23 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, азотистых шлаков 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин, омега 3) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., индап 2,5 кардиомагнил 75мг 1т. веч., УЗДГ МАГ. Динамика ЭХО КС, АД.
4. Рамиприл 15-20 мг утром, леркамен 10 мг вечером, небивал 1 т веч. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейровитан 1т./сут. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: сермион 4 мг в/м 10 дней, затем 30 мг утр. 1 мес., кортексин в/м 10 мг № 10.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 6 мес, L- тироксин 100 мкг/сут.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, эзолонг 40 мг 1к 2р/д за 1 час до еды 2 недели, де-нол 2т 2р/д за 30 ин до еды 2 нед., маалокс 1д.л 3р/д ч/з 30-40 ин после еды 2 нед.
10. Рек. Ревматолога: диета № 6 пр болях хомвиоревмол 15 кап 2 р/д 5-10 дней, контроль мочевой кистлоты, крови 3 рв год, УЗИ почек 1 р в год, наблюдение терапевта по м/ж
11. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
12. Б/л серия. АБЖ № 503900 с 14.05.13 по 24.05.13. К труду 25.05.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.