#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 737

##### Ф.И.О: Дашивец Мария Васильевна

Год рождения: 1946

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак, ул. Революционная 65-1

Место работы: инв IIгр

Находился на лечении с 23.05.13 по 03.06.13 в диаб. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Артифакия OS. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст., в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. ИБС, стенокардия напряжения, I-II ф.кл. диффузный кардиосклероз. Персистирующая форма фибрилляции предсердий СН I ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия III сочетанного генеза, мозговой ишемический инсульт в корковых ветвях в левой СМА (24.03.13 и 1993г.) с частичной моторной афазией. Ожирение I ст. (ИМТ 32,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, частые гипогликемические состояния в различное время суток, периодически ощущение перебоев в сердце, одышку при подъеме на 3 этаж, шаткость при ходьбе, головокружения, пекущие боли в подошвенной части стоп, чувство тяжести в эпигастральной области после еды.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, ацетонурия. Комы гипогликемические-1999,2000, 2006. Кетоацидотичекая кома- 1998. С начала заболевания инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ). В 2007в связи с отсутствие компенсации, гипогликемическими состояниями переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 14-15ед., п/о- 14-15ед., п/у-2-3 ед., Лантус 8.00 – 32 ед. Гликемия 3,8-11,2 ммоль/л. НвАIс – 7,2 %(14.05.13). Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает берлиприл. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.05.13Общ. ан. крови Нв – 140 г/л эритр –4,4 лейк –4,2 СОЭ – 8 мм/час

э-0 % п- 3% с- 59% л- 28 % м- 10%

29.05.13Общ. ан. крови Нв –157 г/л эритр –4,9 лейк – 4,5 СОЭ –4 мм/час

э-0 % п-3 % с- 62% л- 28% м-7 %

24.05.13Биохимия: СКФ –70 мл./мин., хол –5,05 тригл -1,12 ХСЛПВП -1,75 ХСЛПНП -2,79 Катер – 1,9мочевина –6,5 креатинин –92 бил общ –13,6 бил пр – 3,4 тим – 3,0 АСТ –0,34 АЛТ –0,50 ммоль/л;

31.05.13 К -4,7; Са -1,98 ммоль/л

### 20.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – 6-8 в п/зр белок – 0,030 ацетон –отр; эпит. пл. - ум эпит. перех. - ум в п/зр

30.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -256250 эритр - 250 белок –0,038

27.05.13Суточная глюкозурия – отр ; Суточная протеинурия – отр

##### 30.05.13Микроальбуминурия –160,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.05 | 7,9 | 6,6 | 11,4 | 4,2 | 5,0 |
| 29.05 | 7,8 | 8,4 | 4,8 | 6,5 | 4,1 |
| 01.06 | 4,9 | 4,8 | 8,6 |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия III сочетанного генеза мозговой ишемический инсульт в корковых ветвях в левой СМА (24.03.13) с частичной моторной афазией. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст.

Окулист: VIS OD=0,3 OS=0,5 ; ВГД OD= 22 OS=21

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

23.0.513ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж Низкий. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция неопределенная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда. АВ- блокада 1ст?

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, I-II ф.кл. Персистирующая форма фибрилляции предсердий СН I ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7см3; лев. д. V = 3,8см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. жел. нет.

Лечение: Берлиприл, кардорон, лекоптин, торвакард, кардиомагнил, Лантус, Эпайдра, тиогамма турбо, мильгамма, супрастин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. ритм синусовый. У больной отмечалась крапивница при введении тиогаммы турбо и мильгаммы, в связи с чем препараты отменены.

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-14-16 ед., п/о- 14-16ед., п/у-2-4 ед. (при необходимости), Лантус п/з 32-34 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.

Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг \*2р/д., аспекард 100 мг 1р/д., торвакард 10 мг веч, кордарон 1т/сут. Контроль АД, ЭКГ. Суточный мониторинг ЭКГ.

1. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
2. Тиогамма 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.
3. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
4. 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.