#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1386

##### Ф.И.О: Никифирова Светлана Алексеевна

Год рождения: 1955

Место жительства: Запорожье, Г-Сталинграда, 9/23

Место работы: пенсионер инв IIгр.

Находился на лечении с 28.10.13 по 08.11.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, субкомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II, преимущественно в ВБС, на фоне ДДПП ШОП, вторичная цервикоалгия, полирадикулярный с-м. ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Анемия. Вирусный гепатит С.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к в\к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния в утреннее время, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1973г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 6-8ед., п/о- 8ед., п/у- 4-6ед., Лантус п/з – 38 ед. Гликемия –8,5 ммоль/л. НвАIс – 8,09 % от 30.07.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 11 лет. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает лозап 100, карведилол 6,25, индапрес 2,5 мг. АИТ с 2006 заместительную терапию не принимает. Вирусный гепатит С, состоит на «д» учете в гепатоцентре. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.10.13Общ. ан. крови Нв –93 г/л эритр – 3,1лейк 3,7 СОЭ –24 мм/час

э-1 % п- 0% с-54 % л- 35% м- 10%

29.10.13Биохимия: СКФ –60,5 мл./мин., хол –4,73 тригл -1,48 ХСЛПВП -1,80 ХСЛПНП -2,25 Катер -1,62 мочевина –6,9 креатинин –91 бил общ –16,9 бил пр –4,0 тим – 5,6 АСТ – 0,81 АЛТ – 2,3 ммоль/л;

07.11.13 бил общ –15,1 бил пр –4,3 тим – 3,4 АСТ – 0,46 АЛТ – 0,78 ммоль/л

01.11.13 Са – 2,5 ммоль/л

24.10.13Глик. гемоглобин -7,6 %

29.10.13Анализ крови на RW- отр

### 24.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед п/зр

30.10.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 04.11.13Микроальбуминурия –20 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 29.10 | 6,7 | 2,4 | 5,6 | 8,1 |
| 01.11 | 7,0 | 11,0 | 5,8 | 7,7 |
| 05.11 |  | 7,1 |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II, преимущественно в ВБС, на фоне ДДПП ШОП, вторичная цервикоалгия, полирадикулярный с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD=0,5 OS= 0,03 ; ВГД OD= 21 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, лазеркоагулянты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Макулярный отек в OS. Д-з:. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.10.13ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. дистрофические изменения миокарда. При сравнении с ЭКГ от 28.10.13 – без отр. динамики.

Кардиолог: ИБС, стенокардия напряжения, 1-II ф.кл. СН I. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4

Осмотр асс. каф Соловьюк А.О.: ИБС, стенокардия напряжения II ф.кл. Диффузный кардиосклероз. СН1 ф.кл II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Риск 4. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Сахарный диабет , тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,5 см3; лев. д. V = 3,7см3

По сравнению с УЗИ от 10.13 щит. железа несколько больше нормы, Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, В лево доле единичный гидрофильный очаг 0,32 см. В пр. доле с/3 гидрофильный очаг 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: небилет, ренитек, индап, эфокс лонг, кардиомагнил, предуктал MR, Эпайдра, Лантус, Тиогамма турбо, актовегин, нейрорубин, нуклео ЦМФ, гептрал.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, инфекциониста по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 6-8ед., п/о- 8-10ед., п/у- 4-6ед., Лантус 8.00 38-40 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: рентек 10 мг веч, небилет 5 мг\*1р/утр, индап 2,5 мг утр, эфокс лонг ½ т утром, кардиомагнил 75мг 1т. веч., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, в динамике.
8. Тардиферон 1т утром, контр ОАК ч/з 1 мес, при необходимости конс. гематолога по м/ж.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
10. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
11. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.