#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1504

##### Ф.И.О: Ганза Татьяна Анатольевна

Год рождения: 1980

Место жительства: Запорожье, Воронина, 19-16

Место работы: ОАО « Запорожсталь» ООТПП, инспектор, инв Ш гр.

Находился на лечении с 18.11.13 по 02.12.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Миопия средней степени ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст., в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорно-моторная форма IIст. Диабетическая энцефалопатия I, эпизодическая цефалгия, астено-невротический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН I. САГ II. Железодефицитная анемия средней степени.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния,склонность к ацетонурии. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия.Раннее получала: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2010 переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-2-5 ед., п/о- 2-5ед., п/у- 2-5ед., Лантус 7.00 – 52 ед. Гликемия –3,5-9,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 6-7 лет. Повышение АД в течение 7 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг/сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.11.13Общ. ан. крови Нв –104 г/л эритр – 3,3 лейк – 6,5 СОЭ –15 мм/час

э- 2% п- 1% с- 70% л- 23 % м- 4%

19.11.13Биохимия: СКФ –113 мл./мин., хол –6,0 тригл -1,25 ХСЛПВП – 2,0ХСЛПНП -3,4 Катер -2,0 мочевина –5,6 креатинин –77 бил общ –13,5 бил пр –3,2 тим –3,6 АСТ –0,45 АЛТ –0,49 ммоль/л;

19.11.13Глик. гемоглобин – 9,4%

### 19.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –30-35 в п/зр белок – 0,801 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ум в п/зр

28.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 47500 эритр -1500 белок – 0,986

28.11.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,695

20.11.13Суточная глюкозурия – 1,2%; Суточная протеинурия – 1,18

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.11 | 9,6 | 5,8 | 6,0 | 9,9 |  |
| 22.11 6.0-7,2 | 3,3 |  |  |  |  |
| 25.11 | 7,6 | 7,1 | 4,5 | 11,2 |  |
| 27.11 |  |  |  |  | 10,6 |
| 28.11 2.00-6,8 | 4,1 | 9,0 | 6,8 | 12,0 |  |
| 29.11 |  |  |  | 7,2 |  |

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия I. эпизодическая цефалгия. Астено-невротический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к II , сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD= 0,1 с кор =1,0 OS=0,1 с кор =1,0

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

ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I. САГ II.

Гематолог: Железодефицитная анемия средней степени.

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

05.11.12УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,9 см3; лев. д. V =6,6 см3

По сравнению С УЗИ от 11.2011. Размеры правой доли уменьшились. Эхогенность и эхоструктура без динамики. В пр. доле изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 0,63 см с пристеночным кальцинатом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Мелкий узел правой доли.

Лечение: Лантус, Эпайдра, эналаприл, рамизес, норфлоксацин, эспа-липон, актовегин, тиацетам, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130\80 мм рт. ст. Явления пиелонефрита купированы.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гематолога, уролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-2-5 ед., п/о-2-5 ед., п/у-2-5 ед., Ланутс 7.00-50-52 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (крестор 10 мг веч) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек.кардиолога: дилтиазем ретард 90 мг\*2 р\д, рамиприл 2,5 мг \*утром. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: Тенотен 1т\*3 р/д 1 мес, Магне В6 1 т\*3 р\д до 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ при необходимости.
11. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д..
12. 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.
13. Рек. гематолога: тардиферон 2т./д. утр. 1 мес.,затем по 1 т -3 мес,затем 1 т /день после каждой менструации. Дан совет по питанию. Контроль анализа крови 1 р в месяц.
14. 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.
15. Б/л серия. АГВ № 234148 с 18 .11.13 по 02.12.13. К труду 03 .12.13г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.