#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1063

##### Ф.И.О: Подуданская Светлана Александровна

Год рождения: 1961

Место жительства: Энергодар, Курчатова 2/66

Место работы: н/р инв II гр.

Находился на лечении с 16.09.13 по 30.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и кетоацидозу, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/кII, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза. Диабетическая нефропатия III ст, ХБП II. Диабетическая ангиопатия н/к II ст. Инфекция мочевыводящих путей. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ Метаболическая кардиомиопатия СН I. Лейомиома матки.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/100мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. после перенесенной пищевой токсикоинфекции. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин R п /з- 18ед., п/о-8 ед., п/у- 8ед., Генсулин Н 22.00 – 36 ед. Гликемия –15,8-14,3 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 08.2013г. 13.07.13 лечилась в Энергодарской ЦРБ. Дз: Рожистое воспаление левой голени. Повышение АД в течение 10лет. Принимает гипотензивную терапию. В анамнезе узел левой доли щитовидной железы. ТТГ – 2,2. АТТПО – 27,3 (2009). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии,т.к. после введение дексаметазона отмечается повышение гликемии до 16 ммоль/л, лечение по поводу рожистого воспаления в области левой н/к.

Данные лабораторных исследований.

17.09.13Общ. ан. крови Нв –112 г/л эритр – 3,5 лейк –4,6 СОЭ –58 мм/час

э- 4% п- 10% с- 59% л- 25 % м- 2%

24.09.13Общ. ан. крови Нв – 124 г/л эритр – 3,8 лейк –4,7 СОЭ – 65 мм/час

э-0 % п- 3% с-62 % л- 24 % м- 11%

17.09.13Биохимия: СКФ –57,9 мл./мин., хол –5,2 тригл -2,21 ХСЛПВП -0,91 ХСЛПНП -3,28 Катер -4,71 мочевина –5,3 креатинин –107 бил общ –14,2 бил пр –4,1 тим –1,5 АСТ –0,1 АЛТ – 0,88 ммоль/л;

17.09.13Анализ крови на RW- отр

16.09.13Гемогл –130 ; гематокр –0,38 ; общ. белок –83 г/л; К – 3,9 ; Nа – 133 ммоль/л

17.09.13Коагулограмма: вр. сверт. – 7 мин.; ПТИ – 97,4 %; фибр – 4,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

### 16.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ум в п/зр

### 17.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум;

24.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -16000 эритр -1500 белок – отр

24.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5000 эритр - белок – отр

18.09.13Суточная глюкозурия – 0,94 %; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.13Микроальбуминурия –257,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.09 | 11,4 | 13,4 | 9,2 | 4,7 |  |
| 19.09 | 8,0 | 5,7 |  |  |  |
| 21.09 | 7,6 | 10,2 | 3,8 | 4,5 |  |
| 24.09 | 5,3 | 5,3 | 5,2 | 7,0 |  |
| 29.09 | 3,9 | 3,9 | 6,4 | 14,6 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/кII, сенсорная форма. Дисциркуляорная энцефалоаптия II сочетанного генеза.

Окулист: VIS OD=0,1 н/к OS=0,2н/к ; ВГД OD= 22 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы.Еденичные твердые экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -16 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда. С-м укороченного PQ.

ЭХО КС: КДР-4,5 см; КДО-92, мл; КСР- 3,1см; КСО-38 мл; УО-53,12 мл; МОК- л/мин.; ФВ- 57,%; просвет корня аорты – 3,02 см; АК раскрытие - N; ПЛП -3,02 см; МЖП – 1,28 см; ЗСЛЖ –1,05 см; ППЖ-1,42 см; ПЛЖ- 4,5 см; ТК- б/о; По ЭХО КС: улотнене передней стенки Ао, гпертрофия ЛЖ с сужением выходной трети ЛЖ. Незначительный выпад в перкад ЛЖ.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.Вторичный лифостаз лев. н/к

Нефролог: ХБП II, диабетическая нефропатия.

Гинеколог: Лейомиома матки.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

25.09.13Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

08.08.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,3 см3; лев. д. V = 2,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. В пр. доле в с/3 кальцевидная структура 0,74 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналаприл, Генсулин Р, Генсулин Н канефрон, афлоксин

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R п/з- 14 ед., п/о- 4 ед., п/у- 6 ед., Генсулин Н 22.00 – 28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Весел дуэф 1т 2р/д 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.