#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 549

##### Ф.И.О: Маринина Инна Иосифовна

Год рождения: 1978

Место жительства: Запорожье, ул. Военстрой 98-12

Место работы: инв III гр.

Находился на лечении с 15.04.13 по 29.04.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1 тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая энцефалопатия. Цереброастенический с-м, легкие мнестические расстройства, легкий атаксический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия. ПМК Iст. СН 0 НЦД по гипотоническому типу. Смешанный зоб Iст. Узлы правой доли. Эутиреиоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 120/70 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния в ночное время 5-10 раз в месяц, боли в поченой области

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимала различные виды инсулинотерапии. В 2009 переведена на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-5 ед., п/о- 5ед., п/у-5 ед., Лантус 22.00 -12 ед. Гликемия –2,5-10,0 ммоль/л. НвАIс -7,7 % (05.03.13). Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к с начала заболевания. Смешанный зоб с 2005г. АТ-ТПО 266,3, АТТГ 192,8. ТАПБ от 14.03.09 аденоматозный узел в сочетании с АИТ. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.04.13Общ. ан. крови Нв –131 г/л эритр –4,1 лейк –4,0 СОЭ – 14 мм/час

э-1 % п- 0% с-74 % л- 20 % м- 5%

16.04.13Биохимия: СКФ –54 мл./мин., хол –5,11 мочевина –4,9 креатинин –90 бил общ –8,8 бил пр –2,2 тим – 2,0 АСТ – 0,12 АЛТ –0,10 ммоль/л;

19.04.13 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/л

### 16.04.13Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум. кол-во ; эпит. перех. -ед в п/зр

17.04.13Суточная глюкозурия –1,06 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.04.13Микроальбуминурия –102,3 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 16.04 | 7,2 | 3,2 |  | 4,0 |
| 17.04 |  |  | 5,3 |  |
| 21.04 | 8,4 | 6,0 | 12,5 | 5,4 |
| 22.04 |  |  | 7,2 |  |

Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия. Цереброастенический с-м, легкие мнестические расстройства, легкий атаксический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст.

Окулист: VIS OD=0,7 OS=0,8 ; ВГД OD=17 OS=18

Гл. дно: Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

15.04.13ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. ПМК Iст. СН 0 НЦД по гипотоническому типу

22.04.13ЭХО КС: КДР-4,13 см; КДО- 75,38мл; КСР-2,53 см; КСО-22,89 мл; УО-52,5 мл; МОК-3,76 л/мин.; ФВ-69,63 %; просвет корня аорты -2,4 см; АК раскрытие - N; ПЛП – 2,28 см; МЖП – 1,05 см; ЗСЛЖ –0,92 см; ППЖ-1,28 см; ПЛЖ-4,13 см; ТК- б/о; МК б/о , регургитации нет. По ЭХО КС: сужение выходного тракта ЛЖ. ДДЛЖ IIтип.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.04.13РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

16.04.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,0см3; лев. д. V =7,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз и множественные гидрофильные очаги до 0,4 сю в пр. доли у заднего контура гидрофильный узел 1,06\*0,7см. у перешейка права изоэхогенный узел с гидрофильным ободко 0,8\*0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узлы правой доли.

Лечение: Лантус, Эпайдра, берлитион, нейрорубин, тиоцетам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/65 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 4-6ед., п/о-4-6 ед., п/у- 4-6ед., Лантус 22.00 12-14 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: Дообследование УЗД МАГ . повторная конс. невропатолога.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ в динамике. ТАПБ с последующей консультацией эндокринолога , эндокринного хирурга.
11. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
12. 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 Гура Э. Ю.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.