#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 499

##### Ф.И.О: Дё Валентина Ивановна

Год рождения: 1967

Место жительства: г. Энергодар. Бул. Юности 5, кв92

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 09.04.14 по 23.04.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. цефалгический с-м, астенический с-м. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Железодефицитная анемия средней степени. Гипертоническая болезнь IIIст, Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН II А ф.кл. II. Ожирение I ст. (ИМТ 30.1кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-28 ед., п/о-16 ед., п/у-14 ед., Протафан НМ 22.00 42 ед. Гликемия –9,0-10,0-8,0 ммоль/л. НвАIс -11,1 % от 28.10.13 . Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 4 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10мг 2р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.04.14 Общ. ан. крови Нв –106 г/л эритр – 3,2 лейк –3,0 СОЭ –30 мм/час

э-2 % п-0% с- 58% л- 35% м- 5%

10.04.14 Биохимия: СКФ –105 мл./мин., хол –8,2 тригл – 3,27 ХСЛПВП -2,25 ХСЛПНП -4,46 Катер – 2,6мочевина – 6,2 креатинин – 77 бил общ –9,0 бил пр –1,6 тим – 3,0 АСТ – 0,27 АЛТ – 0,45 ммоль/л;

11.04.14ТТГ –2,1 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –10,1 (0-30) МЕ/мл

14.04.14 Fe – 5,3 мкмоль/л; общ железо спос – 108,3мкмоль/л, ненасыщ желез. спос – 103,0 мкмоль/л, коэф. насыщ – 4,9%

### 10.04.14 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

14.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

11.04.14 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – 0,059 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.04 | 4,3 | 6,4 | 11,9 | 8,8 |
| 14.04 | 12,6 | 14,6 | 6,2 | 11,8 |
| 15.04 2.00-12,1 |  |  |  |  |
| 17.04 | 16,2 | 13,9 | 9,8 | 7,7 |
| 19.04 | 7,2 |  |  |  |
| 22.04 |  |  |  |  |

14.04Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза. цефалгический с-м, астенический с-м.

09.04Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,5

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

09.04.14ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

10.04.Кардиолог: Гипертоническая болезнь IIIст, Ш степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН II А ф.кл. II.

11.04.Гематолог: железодефицитная анемия средней степени.

10.04РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

10.04Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева –1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

09.04УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,3 см3; лев. д. V = 4,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, физиотенс, индапрес, бисопролол, трифас, торвакард, амлодипин, тиогама турбо, мильгамма ,актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 145/90мм рт. ст. Гипергликемия в утр часы связана с погрешностью в режиме питания.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-30-32 ед., п/о- 16-18ед., п/уж -15-17ед., Протафан НМ 22.00 46-48 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: трифас 5 мг 1р/д, предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Фзиотес 0,2 мг веч, 0,4 мг веч, бисопролол 5 мг в обед, амлодипин 10 мг в бед, , кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.1 мес..
6. Рек. невропатолога: кортексин 10,0 в/м №10.
7. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д..
8. Рек. гематолога: тардиферон 2т./д. утр.1 мес, затем 1т/д – 3 мес, затем 1 день – 10 дней каждую менстр. Дан совет по питанию. Контроль ч/з 2 мес.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.