#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 774

##### Ф.И.О: Маринина Инна Иосифовна

Год рождения: 1978

Место жительства: г. Запорожье, ул. Военстрой 93-12

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 18.06.14 по 02.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цефалгический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Полинодозный зоб 1ст, узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия. ПМК 1 ст СН0.

Жалобы при поступлении на боли , судороги, онемение ног, боли в коленных суставах.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4-6ед., п/о-4-5 ед., п/у- 4-5ед., Лантус 22.00 – 12-13 ед. Гликемия –2,5-13,0 ммоль/л. НвАIс -7,7 % от 30.05.14 . Последнее стац. лечение в 2013г. Узловой зоб 1ст. ТАПБ 14.03.09 – аденоматозный узел в сочетании с АИТ. АТ ТГ - 192,8 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО –266,3 (0-30) МЕ/мл (2005г). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.06.14 Общ. ан. крови Нв – 156 г/л эритр –4,8 лейк –4,7 СОЭ – 32мм/час

э- 2% п-0 % с- 58% л- 33 % м- 7%

19.06.14 Биохимия: СКФ –53,48 мл./мин., хол –5,53 тригл -1,05 ХСЛПВП -1,56 ХСЛПНП – 3,49Катер -2,5 мочевина –3,8 креатинин –91 бил общ –12,8 бил пр –3,2 тим –3,0 АСТ –0,28 АЛТ –0,15 ммоль/л;

20.06Св.Т4 - 18,4 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/л

24.06.14 С –рект белок – отр.

### 19.06.14 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

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

23.06.14 Суточная глюкозурия – 0,79%; Суточная протеинурия – отр

##### 27.06.14 Микроальбуминурия –81,7 мг/сут

Контр ТАПБ 27.06.14

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.06 | 5,9 | 4,6 | 6,7 | 8,7 |
| 22.06 | 9,4 | 3,7 | 3,6 | 8,2 |
| 24.06 | 4,3 | 8,0 | 9,2 | 11,3 |
| 28.06 | 6,9 | 6,7 | 10,9 | 9,3 |
| 01.07 |  |  | 4,0 | 5,3 |

24.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия, цефалгический с-м.

Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 0,5 ;

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

18.06ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонен. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

19.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.06. МРТ коленного сустава: МР признаки хондроалярации надколенника 2 ст, дегенеративных изменений медиального и латерального менисков. Эностоз латерального мыщелка бедренной кости.

20.06.РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N..

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

24.06.Ревматолог : В связи с изменениями выявленным на УЗИ сус-вов, анамнезом (травма) – показана конс травматолога.

23.06.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени.

18.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2см3; лев. д. V = 4,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный с множественными гидрофильными очагами до 0,5 см и мелким фиброзом. В пр доле у заднего контура гидрофильный узел 1,01\*0,7 с, у перешейка лев такой же узел 0,68\*061 см. В правой доли у перешейка такой же узел 0,86\*0,5 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узлы обеих долей.

Лечение: Берлитион, витаксон, тиоцетам, Эпайдра, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, травматолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-4-6 ед., п/о-4-6 ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 22.00 12-14 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. тиоцетам 1т 2р\д 2-3 мес.
4. Рек. невропатолога: УЗД МАГ повторный осмотр.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. Явка к эндокринологу с результатами ТАПБ.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
7. 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 Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.