#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 832

##### Ф.И.О: Георгиева Елена Петровна

Год рождения: 1953

Место жительства: г. Бердянск, ул. Комсомольская 77

Место работы: н/р

Находился на лечении с 04.07.14 по 17.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляций предсердий (восстановление ритма26.06.14) СН IIА ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза, преимущественно в ВБС. С-м ПА на фоне ДДПП ШОП (протрузия С4-С5, С7-С6). Цервикокраниалгия, торпидный болевой с-м. Эмоционально волевые расстройства по типу тревожно депрессивного с-ма. Диффузный токсический зоб 1 ,средней степени тяжести, ст. декомпенсации. Остеоартроз с-вов кистей СФН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 4 кг за пол года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., головные боли, боли в прекардиальной области, чувство дискомфорта в обл сердца, чувство нехватки воздуха, гипогликемические состояния 4р/нед в различное время за последние 10 дней, склонность к запорам.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В течении 4х мес принимала ССТ ( сиофор, Диабетон MR ) В связи с недостаточной компенсацией 02.10.07. переведена на инсулинотерапию. В наст. время принимает: Протафан НМ п/з- 24ед., п/у- 12ед. Гликемия 2,0-19,0– ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 6 лет.. Из гипотензивных принимает тритаце 1т утро, бисопролол 5мг, предуктал MR 1т 2р/д, тромбонет 1т веч. С 25.06.14 по 03.07.14 стац лечение в кардиологическом отд ЗОКБ по поводу пароксизма фибрилляции предсердий В 2001 выявлен тиреотоксикоз по поводу которого принимала тиреостатики ТТГ 0,01 Т4 Св -1,95 от 27.06.14. В настоящий момент принимает эспа-карб 2т утром + 2т веч. .Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.07.14 Общ. ан. крови Нв –127 г/л эритр –4,0 лейк – 6,3 СОЭ –20 мм/час

э- 4% п- 0% с- 50% л- 41% м-5 %

07.07.14 Биохимия: СКФ –67 мл./мин., хол –4,23 тригл – 1,55ХСЛПВП – 1,29ХСЛПНП – 2,23Катер – 2,3мочевина –2,1 креатинин –68 бил общ –9,0 бил пр – 2,2 тим –0,55 АСТ – 0,16 АЛТ –0,26 ммоль/л;

07.07.14 Анализ крови на RW- отр

11.07.14Св.Т4 - 16,9 (10-25) ммоль/л;

07.07.14 К – 5,26 ; Nа –142,2 ммоль/л

11.07.14 К – 4,4 Na – 138,5 ммоль\л

16.07.14 Коагулограмма: ПТИ –102 %;

### 07.07.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

09.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

11.07.14 Суточная глюкозурия – 1,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 11.07.14 Микроальбуминурия – 23,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.07 |  |  | 12,4 | 10,2 |
| 05.07 | 4,0 | 12,9 | 10,0 | 8,9 |
| 07.07 | 8,5 | 14,1 | 15,8 | 17,2 |
| 09.07 | 3,9 | 9,0 | 15,0 | 9,4 |
| 10.07 |  |  |  | 3,8 |
| 11.07 | 5,8 | 7,5 | 6,7 | 7,1 |
| 13.07 | 6,9 | 10,8 | 13,2 | 17,9 |
| 14.07 | 4,0 | 6,3 | 10,1 | 6,8 |
| 15.07 |  | 13.00-5,0 |  |  |

07.07Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза, преимущественно в ВБС. С-м ПА на фоне ДДПП ШОП (протрузия С4-С5, С7-С6). Цервикокраниалгия, торпидный болевой с-м. Эмоционально волевые расстройства по типу тревожно депрессивного с-ма

11.07Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.07ЭКГ: ЧСС -43 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Рубец перегородочной области. Гипертрофия Левого желудочка. Удлинение эл. систолы.

11.07ЭКГ: ЧСС -52 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная, Блокада передней ветки ЛНГПГ. Рубец перегородочной области. Гипертрофия левого желудочка.

16.07.14ЭКГ: ЧСС - 57уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Блокада передней ветви ЛНПГ. Рубец перегородочной области.

11.07.14 Осмотр к.м.н. Вильхового С.О. ДТЗ 1-II, средней тяжести медикаментозная субкомпенсация узел левой доли. Рекомендовано ТАПБ участка щитовидной железы. Оперативное лечение в плановом порядке в отд. трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ от которого пациентка в настоящее время воздерживается. Динамическое наблюдение и лечение эндокринолога по м/ж.

26.06.2014Кардиолог ЗОКБ: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляций предсердий (восстановление ритма26.06.14) СН IIА ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

08.07Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.07. Ревматолог: Остеоартроз с-вов кистей СФН 0.

27.06.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки застойных изменений в желчном пузыре, микролитов в обеих почках.

25.06.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4см3; лев. д. V = 8,4 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,49 см. В лев. доле с/3 гипоэхогенный участок 3,05\*1,6 см ( на ТАПБ, очаг тиреоидита). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: бисопролол, тирозол, золопент, аспекард, эспакарб, тромбонет, предуктал MR, ливаза, фенигидин, эналаприл, Актрапид НМ, Протафан НМ, кардиомагнил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. ритм синусовый правильный. Учитывая у пациентки лабильное течение СД наличие сопутствующей патологии в виде ИБС, постинфарктный кардиосклероз, персистирующая форма фибрилляций предсердий (восстановление ритма26.06.14) СН IIА ф.кл II. Гипертоническая болезнь III стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4, изменена степень тяжести со средней на тяжелую, лабильной течение со склонность к гипогликемическим состояниям.

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: Протафан НМ п/з-22-24 ед., п/уж -6-8 ед., Актрапид НМ п/з 4-6 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (ливаза 1т веч) с контролем липидограммы.
6. «Д» наблюдение кардиолога по м/ж. продолжить прием тритаце 5 мг 1т утром, бисопролол 5 мг веч, тромбонет (кардиомагнил) 75 мг/сут, предуктал MR 1т 2р\д. Конт АД, ЭКГ.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.
9. Рек. невропатолога: армадин 2,0 в/м № 10, бифрен 250 мг 3р/д, массаж ШВЗ № 10.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Тирозол (мерказолил) 5мг 1т. \*3р/д. с послед. снижением дозы под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
11. Рек. эндокринного хирурга: ТАПБ участка щитовидной железы. Оперативное лечение в плановом порядке в отд. трансплантологии и эндокринной хирургии КУ ЗОКБ от которого пациентка в настоящее время воздерживается. Динамическое наблюдение и лечение эндокринолога по м/ж.
12. Рек. ревматолога: структум 500 мг2р\д 3 мес, инцена 10к 3р\д 4 нед, дообследование Р-гр кистей в прямой проекции.
13. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.