#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 688

##### Ф.И.О: Бабинцева Ольга Юрьевна

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Запорожье, ул. Васильева 50

Место работы: Запорожский городской центр социальных служб для семьи, детей и молодежи, инв Ш гр.

Находился на лечении с 28.05.14 по 13.06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП II ст. НЦД по смешанному типу. ПМК, 1ст Митральная регургитация до 1 ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Астеновегетативный с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния и ацетонурия. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2007 переведена на Ланту, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 12ед., п/о- 12ед., п/у- 12ед., Лантус 22.00 – 10 ед. Гликемия –12,0-3,0 ммоль/л. НвАIс - 8,2% от 13.12.13 . Последнее стац. лечение в 2012г. АИТ с 2010. АТТПО 300,0 (0-30) МЕ/мл, АТТГ 364,3 (0-100)МЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.05.14 Общ. ан. крови Нв – 154 г/л эритр – 4,8 лейк – 5,3 СОЭ –9 мм/час

э-2 % п- 0% с- 56% л- 36 % м-6 %

29.05.14 Биохимия: СКФ –75,27 мл./мин., хол –5,6 тригл – 1,68ХСЛПВП -2,04 ХСЛПНП -2,79 Катер – 1,7мочевина –4,1 креатинин – 4,1 бил общ – 97 бил пр –13,6 тим –1,8 АСТ – 0,24 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

29.05.14 Анализ крови на RW- отр

30.05.14ТТГ – 2,3 (0,3-4,0) мМед/л

### 29.05.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 7-8-9 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. много- в п/зр

10.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

30.05.14 Суточная глюкозурия – 3,96%; Суточная протеинурия – отр

##### 30.05.14 Микроальбуминурия –39,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.05 | 9,7 | 12,6 | 16,5 | 6,9 | 4,1 |
| 02.06 | 10,9 | 11,0 | 3,4 | 9,2 |  |
| 05.06 | 6,4 | 3,8 | 4,3 | 3,9 |  |
| 10.06 | 5,0 | 4,9 | 3,8 | 13,6 |  |
| 12.06 |  |  | 14,0 ч/з 60' после еды | 4,5 |  |

12.06Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1. Астеновегетативный с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

13.06.Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,7

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

28.05ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция вертикальная.

13.06Кардиолог: НЦД по смешанному типу ПМК, 1ст Митральная регургитация до 1 ст.

11.06ЭХО КС: КДР-4,14 см; КДО-75,9 мл; КСР- 2,5см; КСО- 22,6мл; УО-53,3 мл; МОК- 3,47л/мин.; ФВ- 70,2%; просвет корня аорты – 2,8см; ПЛП -2,5 см; МЖП – 0,79 см; ЗСЛЖ –0,74 см; По ЭХО КС: Полости не увеличены, дополнительная трабекула ЛЖ. ПМК 1 ст с МР до 1 ст.

29.05Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.05 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

29.05Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева – 0,9. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst слева - 1ст. справа - норма.

29.05. Хирург: диабетическая ангиопатия н/к.

13.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V = 4,7 см3

Перешеек –0,36 см.

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, нейровитан, эспа-липон

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-12-14 ед., п/о- 8-10ед., п/уж – 6-8ед., Лантус 22.00 34-36 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. 1 мес Контр ЭХО КС ч/з 1 год.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Эспа-липон (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.,
10. Рек. невропатолога: кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. до 1-2 мес., актовегин 10,0 в/в № 10,
11. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
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.
13. Б/л серия. АГВ № 234434 с 28.05.14 по 13.06.14. К труду 14.06.14г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.