#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 723

##### Ф.И.О: Гриценко Екатерина Юрьевна

Год рождения: 1986

Место жительства: г. Мелитополь, ул. Мелитопольских дивизий 106/2

Место работы: 10 г/б г. Запорожья, врач общей практики.

Находился на лечении с 06.06.14 по 17.06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая энцефалопатия I, астено-вегетативный с-м, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. НЦД по смешанному типу. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., головные боли, колющие боли в обл сердца, гипогликемические состояния 2-3р в нед в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г на фоне патологии щитовидной железы – тиреотоксикоза. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-18-20 ед., п/о-18-20 ед., п/у- 18-20ед., Протафан НМ 22.00 - 20ед Гликемия –4,3-18,0 ммоль/л. НвАIс – 10,2 % от 12.02.14. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение года. Повышение АД в течение 6 мес. Из гипотензивных принимает эналаприл, ½ т нерегулярно. В 2003 выявлен аутоиммунный тиреоидит АТТПО – 69,3 АТТГ – 135,9 от 2009. Заместительную терапию по поводу патологии щит. железы не принимает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.06.14 Общ. ан. крови Нв –144 г/л эритр – 4,3 лейк – 5,1 СОЭ – 6 мм/час

э- 1% п- 0% с- 63% л- 31 % м- 5%

10.06.14 Биохимия: СКФ –82,83 мл./мин., хол –5,49 тригл -1,52 ХСЛПВП – 1,46ХСЛПНП -3,33 Катер -2,8 мочевина –3,9 креатинин – 106 бил общ – 13,5 бил пр –3,3 тим – 2,0 АСТ – 0,35 АЛТ – 0,27 ммоль/л;

13.06.Св.Т4 - 17,3 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/л

### 11.06.14 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –на всё в п/зр белок – 0,074 ацетон –отр; эпит. пл. –на все ; эпит. перех. –ув в п/зр

16.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 4500 много оксалатов

13.06.14 Суточная глюкозурия – 2,8%; Суточная протеинурия – 0,056

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.06 | 9,3 | 7,7 | 4,3 | 5,1 |
| 16.06 | 9,3 |  |  |  |

10.06Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I, астеновегетативный с-м, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

10.06Окулист: VIS OD= 0,3 OS= 0,3

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

06.06ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция полувертикальная.

10.06Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0. НЦД по смешанному типу.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.06Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

10.06РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

06.06.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,0 см3; лев. д. V = 9,6 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма турбо, милдронат, актовегин, нуклео ЦМФ, вазонат, тиоцетам,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-14-16 ед., п/о-16-18 ед., п/уж -16-18 ед., Протафан НМ 22.00 18-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг веч) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: фитосед 1к 4р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.,1 мес.
9. Рек. невропатолога: кортексин 10,0- в/м №10-15., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год (лежа, стоя). Адекватная гипотензивная терапия.
12. Канефрон по 2т 3р\д 4-8 нед, конт анализа мочи по Нечипоренко в динамике, конс уролога.
13. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
14. Б/л серия. АГВ № 234440 с 06.06.14 по 17.06.14. К труду 18.06.14г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.