#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 720

##### Ф.И.О: Иванова Ирина Валерьевна

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Мелитополь ул. Лермонтова 9-42

Место работы: н/р инв IIгр.

Находился на лечении с 05.06.14 по 18.06.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диабетическая нефропатия V ст. ХБП IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз средней тяжести ст. медикаментозной субкомпенсации. ДДПП вторичная люмбалгия, стадия ремиссии. Хр. цистит, обострение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за 6 мес, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния 1-2 р в месяц., склонность к запорам, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1982г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее получала различные виды инсулина. В 2012 по м/ж переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ (есть в реестре). В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-4 ед., п/о-6 ед., п/у- 6ед., Протафан НМ 22.00 – 14 ед. Гликемия –3,4-10,9-14,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение 10 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел би форте 1т утр, бисопролол 5 мг утром, аген 10 мг веч.. В 2011 выявлен АИТ, гипотиреоз. Заместительная терапия L-тироксином 125 мкг/сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.06.14 Общ. ан. крови Нв – 113 г/л эритр –3,4 лейк –9,7 СОЭ –34 мм/час

э- 4% п-0 % с- 66% л- 18% м-12 %

06.06.14 Биохимия: СКФ –22,24 мл./мин., хол – 5,52тригл – 1,47ХСЛПВП -1,05 ХСЛПНП – 3,8Катер -4,2 мочевина –15,9 креатинин – 262,8 бил общ –8,5 бил пр –2,1 тим –2,9 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,15 ммоль/л;

16.06.14 мочевина 11,0 креатнин – 253

06.06.14 Анализ крови на RW- отр

06.06.14ТТГ – 0,2 (0,3-4,0) Мме/л

13.06.14 К – 6,3 ; Nа – 147 ммоль/л

16.06.14 К – 6,2 ммоль/л

17.06.14 К – 4,4 ммоль/л

18.06.14 К – 4,3 ммоль/л

### 06.06.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 1-2-4 в п/зр белок – 0,264 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

16.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -100000 эритр - белок –0,178

17.06.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -30500 эритр - белок – 0,208

10.06.14 Суточная глюкозурия – 0,47 %; Суточная протеинурия – 0,300

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 06.06 | 6,5 | 5,0 | 5,6 | 5,6 |
| 07.06 |  | 10,1 |  |  |
| 09.06 | 9,1 | 10,8 | 2,3 |  |
| 12.06 | 9,0 |  | 6,5 | 7,5 |
| 14.06 | 10,3 | 7,8 |  |  |
| 16.06 | 8,9 |  |  |  |

16.06Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. ДДПП вторичная люмбалгия, стадия ремиссии.

06.06Окулист: VIS OD=0,6 OS= 1,0

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, экссудативные очаги, множественные лазерокоаглуянты. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

05.06ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

16.06ЭКГ: ЧСС – 55уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, брадикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Умеренная гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочка.

17.06ЭКГ: ЧСС – 60уд/мин. При сравнение с ЭКГ от 16.06.14 без отр динамики.

10.06Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.06Нефролог: ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия.

11.06Гинеколог: Хр. цистит, обострение.

06.06.РВГ: Нарушение кровообращения IIIст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен. Затруднение венозного оттока с обеих сторон..

12.06.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, конкрементов в желчном пузыре, на фоне застоя, микролитов в почках.

06.06УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,3 см3; лев. д. V = 5,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Капсула уплотнена. Эхогенность паренхимы снижена, местами значительно. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. В левой доли в н/3 кольцевая структура 0,62 – возможно узел. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Мелкий узел? левой доли

Лечение: L-тироксин, нолипрел бифорте, бисопролол, аген, Актрапид НМ, Протафан НМ, фуросемид, атоксил, нефрокеа, экобиол, диалипон турбо, нейрорубин, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. нормализовался К крови. Больная в наст. время постоянно принимает диуретическую терапию трифас 10мг, сорбенты. По данным ЭКГ явлений гиперкалиемии нет. Больной рек-но динамическое наблюдение нефролога по м/ж и нефролога ЗОКБ с пост. контролем СКФ, показателей азотемии, сут. протеинурии, электролитов крови. Динамическое наблюдение терапевта по м/ж.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста, нефролога, невропатолога, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, диета с ограничением соли, продуктов богатых калием, ограничение животного белка в сут. рационе,
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 4-6ед., п/о-2-4 ед., п/уж – 5-7ед., Протафан НМ 22.00 14-16 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., СКФ, показателей азотемии, протеинурии 1р. в 3 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. Аген 5 мг 2р\сут, бисополол 5 мг сут, фуросемид 2,0 в/м 2-3 раза в нед. трифас 5 мг утром,. Контр. АД. ЭКГ, электролитов в крови. Конс кардиолога по м/ж для коррекции гипотензивной терапии.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., 1 мес.,
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. L-тироксин ( эутирокс) 100 мкг утром натощак. Контр ТТГ в динамике ч\з 2,5 -3 мес с последующей коррекцией дозы тиреоидных гормонов.
11. Рек. нефролога: контр ан. крови, мочи, показателей азотемии, пробы Реберга в динамике. УЗИ МВС 2р\год. В лечении адекватная гипотензивная терапия (не показано использование ингибиторов АПФ и АРА II), прием нормазе 30 мл 2р/нед, тардиферон 1т/сут. цефикс 400 мг 1т/сут под контролем СКФ показателей азотемии. Контр анализа мочи по Нечипоренко в динамике. Наблюдение терапевта по м/ж, нефролога ЗОКБ.
12. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.