#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 157

##### Ф.И.О: Богун Людмила Анатольевна

Год рождения: 1967

Место жительства: г. Запорожье, ул. Паромонова 7-63

Место работы: КУ «областной центр медико-социальной экспертизы» ЗОС.

Находился на лечении с 03.01.14 по 13 .02.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к IIcт, смешанная форма. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Метаболическая кардиомиопатия наджелудочковая экстрасистолия СН0. ДДПП на поясничном уровне (грыжа L4-L5) протрузия L3-L4, L5,S1. Вертеброгенная люмбоишалгия справа стадия нестойкой ремиссии. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В 2008 – перенесла кетоацидотическое состояние. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимала Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Фармасулин Н, Фармасулин НNР. В связи с декомпенсацией СД, частыми гипогликемическими состояниями, ацетонурией в 2006 переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 8ед., п/о-10 ед., п/у- 6ед., Лантус 22.00 – 26 ед. Гликемия –3,8-18 ммоль/л. НвАIс – 9,5 % от 10.2013. Последнее стац. лечение в 2010г. Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.01.14 Общ. ан. крови Нв – 116 г/л эритр – 3,6лейк – 5,8 СОЭ – 13мм/час

э- 3% п-0 % с- 70% л- 24 % м- 3%

04.01.14 Биохимия: СКФ –96 мл./мин., хол –5,44 тригл -1,4 ХСЛПВП -2,4 ХСЛПНП -2,4 Катер – 1,3мочевина –6,3 креатинин – 78 бил общ –16,8 бил пр –4,0 тим –1,6 АСТ –0,13 АЛТ –0,16 ммоль/л;

04.01.14 Глик. гемоглобин -9,7 %

07.02ТТГ – 3,9 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –179,0 (0-30) МЕ/мл

### 04.01.14 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

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

05.01.14 Суточная глюкозурия – 0,48%; Суточная протеинурия – отр

##### 07.01.14 Микроальбуминурия – 23,6мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.02 | 7,4 | 4,0 | 12,0 | 9,6 |
| 06.02 | 6,5 | 8,3 | 14,0 | 5,8 |
| 09.02 | 6,1 | 9,1 | 9,2 | 6,1 |
| 10.02 |  | 11,5 | 12,7 |  |
| 11.02 |  |  | 8,9 |  |
| 12.02 |  | 7,4 |  |  |

Невропатолог: ДДПП на поясничном уровне (грыжа L4-L5) протрузия L3-L4, L5,S1. Вертеброгенная люмбоишалгия справа стадия нестойкой ремиссии. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к IIcт, смешанная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1.

Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0

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

03.02ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, суправентрикулярная экстрасистолия по типу бигемении. Эл. ось отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия наджелудочковая экстрасистолия СН0.

04.02ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

07.02ЭХО КС: КДР- 5,03см; КДО- 119,7мл; КСР- 3,06см; КСО36,6- мл; УО-83,1 мл; МОК-6,4 л/мин.; ФВ-69,43 %; просвет корня аорты -2,96 см; АК раскрытие - N; ПЛП - 2,96см; МЖП –0,94 см; ЗСЛЖ – 0,94см; ППЖ-1,63 см; ПЛЖ-5,03 см; По ЭХО КС: без особенностей.

04.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.02РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

07.02Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

03.02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6 см3; лев. д. V =4,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: : Эпайдра , Лантус, тиогамма турбо, актовегин, витаксон

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 8-10ед., п/о- 12-14ед., п/у-6-8 ед., Лантус 22.00-26-28
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.-1 мес
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ 1 раз в 6 мес.
10. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Конт ОАК в динамике при показаниях конс. гематолога по м/ж.
12. Рек. невропатолога: атаракс ½ т + ½ в обед + 1 т веч. 1-2 мес.
13. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
14. Б/л серия. АГВ № 234262 с 03 .02.14 по 13..02.14. К труду 14 .02.14г.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.