#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 194

##### Ф.И.О: Козаченко Наталья Александровна

Год рождения: 1984

Место жительства: Токмакский р-н, г. Молочанск, ул. Некрасова 7

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 10.02.14 по 20.02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Симптоматическая нефрогенная артериальная гипертензия. Анемия. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Узловой зоб 1 ст. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома кетоацидотическая 1998г.. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан Н. АИТ, узловой зоб ТАПБ от 2010 – аденоматозный узел. 2010 – остеомиелит 1п пр стопы. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 11ед., п/о- 9ед., п/у- 8ед., Лантус 22.00 – 22 ед. Последнее стац. лечение в 2013г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

11.02.14 Общ. ан. крови Нв – 107 г/л эритр – 3,4 лейк –5,1 СОЭ – 40 мм/час

э- 1% п- 0% с- 70% л- 23 % м-6 %

11.02.14 Биохимия: СКФ – 65,5мл./мин., хол –6,43 тригл -1,78 ХСЛПВП -1,29 ХСЛПНП -4,33 Катер -4,0 мочевина –9,2 креатинин – 112 бил общ –8,9 бил пр –1,3 тим –1,6 АСТ –0,18 АЛТ – 0,38 ммоль/л;

12.02.14 Глик. гемоглобин -8,4 %

11.02.14 Анализ крови на RW- отр

14.02.14ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/л;АТ ТГ - 453,7 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО – 92,0 (0-30) МЕ/мл

14.02.14 К – 5,0 Na – 143 ммоль/л

### 11.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 5-7 в п/зр белок – 1,686 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

13.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – 1,426

12.02.14 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 3,4 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.02 | 6,1 | 8,0 | 4,5 | 4,8 |
| 17.02 | 11,0 | 7,2 | 7,7 | 9,4 |
| 19.02 | 3,0 | 5,5 | 6,3 | 3,9 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма.

10.02Окулист: VIS OD= 0,3 OS=0,4

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Множественные лазергоагулянты. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

10.02ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

11.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

13.02Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия. Прием ингибиторов АПФ или АРА2, тардиферон по 1т 2р\сут.

11.02РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

11.02Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

18.02УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; кальцинатов в селезенке, функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме правой почки.

10.02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,7 см3; лев. д. V = 7,3см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.В лев доле в н\3 гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,7\*1,06 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.:. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли

Лечение: эналазид, розард, вазар, тардиферон, Лантус, Эпайдра, тиогамма турбо, актовегин, нейробион, весел-дуэф.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 140/90 мм 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- 11ед., п/о-9 ед., п/у-8 ед., Лантус 22.00 – 22 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Вазар 80 мг/сут, диакордин 90 мг/сут. Контр. АД.
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес.,неробион 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт комплит 1т.\*1р/д
8. 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.
9. Тадиферон по 1т/сут 1 мес. ОАК.

##### Леч. врач Соловьюк А.О.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.