#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 216

##### Ф.И.О: Иващенко Игорь Григорьевна

Год рождения: 1969

Место жительства: г. Запорожье, ул. Радио 26 - 16

Место работы: н/р

Находился на лечении с 14.02.14 по 25 .02.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма, стационарное течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Метаболическая кардиомиопатия , желудочковая экстрасистолия СН0. Диффузный зоб. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 120/80 мм рт.ст., периодически ощущение перебоев в обл сердца, пекущие боли в подошвенной части стоп, зябкость стоп, вздутие живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2007 в связи с лабильным течением, гипогликемическими состояниями переведен на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10-12ед., п/о- 12-14ед., п/у- 10-12ед., Лантус 22.00 21-22. Гликемия –3,0-11,0 ммоль/л. НвАIс -7,7 % от 10.2013. Последнее стац. лечение в 2013г. Диффузный зоб с 2004. АТТГ – 14,9 МЕ/мл(0-100); АТТПО -13,8 МЕ/мл (0-30) от 2008. ТТГ от 2012 – 1,3 мМЕ/л (0,3-4,0) . Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.02.14 Общ. ан. крови Нв – 158г/л эритр – 4,9 лейк – 4,4 СОЭ – 10 мм/час

э- 4% п- 0% с- 57% л- 35 % м-4 %

17.02.14 Биохимия: СКФ –116 мл./мин., хол –4,1 тригл -1,0 ХСЛПВП -2,4 ХСЛПНП -2,4 Катер -3,9 мочевина –3,9 креатинин –88,8 бил общ –10,8 бил пр –2,9 тим –0,9 АСТ –0,29 АЛТ –0,42 ммоль/л;

21.02.14 ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/л

21.02.14 К – 4,9 ; Nа – 144 Са – 2,2 ммоль/л

### 17.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – 3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

19.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

21.02.14 Суточная глюкозурия – 3,0%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.14 Микроальбуминурия –92,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.02 | 7,6 | 10,5 | 7,8 | 6,5 |  |
| 20.02 | 8,1 | 7,8 | 5,8 | 5,6 | 4,8 |
| 21.02 | 4,8 |  |  |  |  |
| 23.02 | 9,6 | 7,6 | 3,0 | 3,1 | 7,8 |
| 24.02 2.00-4,6 | 8,4 |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсорная форма, стационарное течение.

14.02Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

24.02ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

14.02Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия , желудочковая экстрасистолия СН0.

18.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.02РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

19.02УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, микролитов в почках.

14.02УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,4 см3; лев. д. V = 9,3 см3

Перешеек –0,6 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, предуктал MR, бисопролол, тиогамма, мильгамма актовегин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, значительно реже отмечаются гипогликемические состояния, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. На ЭКГ нарушение ритма не регистрируется.

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- 10-12ед., п/о- 12-14ед., п/у- 10-12ед., Лантус 22.00 22-24 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., бисопролол 2,5 мг 1р/сут конт АД ЧСС.
8. Предуктал MR МR 1т. \*2р/д. 1 мес., кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
11. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Употребление в пищу йодированной соли.
12. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.