#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 238

##### Ф.И.О: Кайтмазова Ирина Ивановна

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Днепрорудный ул. Энтузиастов 21, кв36

Место работы: ООО ТК «Эконом плюс» уборщиц, инв Ш гр.

Находился на лечении с 18.02.14 по 28.02.14 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. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная, дисметаболическая энцефалопатия I. Цереброастенический с-м. Ожирение II ст. (ИМТ38 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая - 1993. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2003 по м/ж переведена на Хумодар К 25 100Р. В 2013 в связи с декомпенсацией переведена на дробную схему инсулинотерапии. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з-18 ед., п/о- 4ед., п/у- 6ед., Хумодар Б100Р 22.00 – 16 ед. Гликемия –9,4 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает ипамид 2-5 мг утром. АИТ с 2011 АТТПО – 112 МЕ/мл; АТТГ – 85,5 МЕ/мл от 2013 ТТГ -20,3 Мме/л. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.02.14 Общ. ан. крови Нв – 127 г/л эритр – 3,9 лейк –6,5 СОЭ – 17мм/час

э- 4% п-1 % с- 63% л- 30% м-2 %

21.02.14 СОЭ – 18 мм\час

19.02.14 Биохимия: СКФ –114 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,57 ХСЛПВП -1,62 ХСЛПНП -2,8 Катер -2,2 мочевина – 6,1 креатинин –80 бил общ –10,0 бил пр – 2,5 тим –1,1 АСТ – 0,24 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

21.02.14 Глик. гемоглобин – 9,9%

21.02.14ТТГ – 25,2 (0,3-4,0) Мме/л

### 19.02.14 Общ. ан. мочи уд вес 1029 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум; эпит. перех. - в п/зр

21.02.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

21.02.14 Суточная глюкозурия – 0,62%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.02.14 Микроальбуминурия – 29,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 19.02 | 8,9 | 7,2 | 4,6 | 8,0 |
| 22.02 | 7,0 | 4,7 | 6,7 | 7,4 |
| 26.02 | 8,6 | 4,4 | 7,7 | 8,0 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсо-моторная форма. Дисциркуляторная, дисметаболическая энцефалопатия I. Цереброастенический с-м

18.02Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 1,0

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

26.02ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Диффузные изменения миокарда.

20.02Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

19.02Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.02РВГ: Нарушение кровообращения справа 1 ст лева – I-II ст., тонус сосудов N.

20.02УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст.

18УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,6 см3; лев. д. V =5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, ипамид, эналаприл, медитан, розувастатин, диалипон, витаксон, солкосерил, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Хумодар Р100Р п/з-16-18 ед., п/о-2-4 ед., п/у-6-8 ед., Хумодар Б100Р 22.00 20-22 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога:. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
4. Эналаприл 5 мг утром, ипамид 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в № 10.
7. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ контр ч\з 2-3 мес. L-тироксин 50 мкг/сут, с последующей коррекцией дозы.
8. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. Б/л серия. АГВ № 234282 с 18 .02.14 по 28.02.14. К труду 01.03.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.