#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 742

##### Ф.И.О: Дё Валентина Ивановна

Год рождения: 1967

Место жительства: г. Энергодар, Юности 5-92

Место работы: Инв Ш гр.

Находился на лечении с 30.05.13 по 10.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, декомпенсация. Инсулинорезистентность. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ35,5 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Дисциркуляторная дистальная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Миопия слабой степени ОИ. Анемия.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния до 2-3 р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г в кетоацидотической коме. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния до 2-3 р/нед. Гипогликемические комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 32ед., п/о10 ед., п/у-6 ед., Протафан НМ 22.00 – 40 ед. Гликемия –16,2 ммоль/л. НвАIс – 11,7 % 14.10.13. Последнее стац. лечение в 2010г. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.06.13Общ. ан. крови Нв – 110 г/л эритр –3,5 СОЭ –33 мм/час

31.05.13Биохимия: СКФ – 115мл./мин., хол –7,7 тригл – 3,65ХСЛПВП -1,27 ХСЛПНП -4,77 Катер – 5,1 мочевина –5,0 креатинин – 73 бил общ –9,0 бил пр –2,2 тим –3,1 АСТ –0,33 АЛТ –0,30 ммоль/л;

31.05.13 Глик. гемоглобин 12,5%

06.06.13 Сывороточное железо 9 мкмоль/л

### 31.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

04.06.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 250 эритр - белок – отр

03.06.13Суточная глюкозурия –3,56 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.06.13Микроальбуминурия –192,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.05 | 11,5 | 6,8 | 12,9 | 11,8 |  |
| 03.06 2.00-9,8 | 5,3 | 4,8 | 10,8 | 18,7 |  |
| 05.06 | 10,0 | 10,6 | 15,8 | 7,2 | 15,1 |
| 06.06 | 12,6 |  |  |  |  |
| 07.06 | 5,4 | 4,5 | 5,3 | 7,8 |  |
| 09.06 | 8,2 | 7,5 | 5,0 | 5,9 | 7,5 |

Невропатолог: Дисциркуляторная дистальная энцефалопатия I-II, сочетанного генеза. Цефалгический с-м. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсо-моторная форма IIст.

Окулист: VIS OD=0,5 OS=0,3 ; ВГД OD= 19 OS=20

Гл. дно: Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

30.05.13ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж умеренно снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце Риск 4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.05.13 Р-грфия ОГК№ 194451 : без патологии.

04.06.13РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

06.06.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела, застоя в ж/пузыре, кисты павой почки, множественных мелких лейоиматозных узлов в миометрии.

06.06.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2 см3; лев. д. V =5,1 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, эналаприл, торвакард, ипамид, тиогамма турбо, актовегин, мильгамма.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. В связи с инсулинорезистентностью, необходимостью режима многократных инъекций, степень тяжести диабета изменена на тяжелую.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гинеколога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-28-30 ед., п/о- 16-18 ед., п/у- 14-16 ед., Протафан НМ 22.00 44-46 ед. С учетом избыточной массы тела возможно назначение метформина 500-850 мг 2р/д, или онглиза 5 мг /сут, или янувия 50 мг/сут.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: эналаприл 10 мг \*1-2р/д. Дообследование: ЭХО КС.
8. Кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/в № 10, магнерот 2т веч 1 мес.
11. Анализ крови на ТТГ, АТТПО
12. Рек. окулиста: вазонит 1т.\*2р/д.
13. Конс. гематолога в связи с анемией.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.