#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 763

##### Ф.И.О: Царёва Лариса Олеговна

Год рождения: 1971

Место жительства: Мелитопольский р-н, с. Вознесенка, ул. Чапаева, 55

Место работы: Вознесенский ДК, руководитель театр. Кружка, инв Ш гр.

Находился на лечении с 29.05.13 по 11.06.13 в диаб отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш ст., сенсо-моторная форма, парез левой стопы. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения щитовидной железы. Гипотиреоз, средней тяжести, впервые выявленный. Железодефицитная анемия. Метаболическая кардиомиопатия СН I. НЦД по смешанному типу. Дисметаболическая энцефалопатия I-II, преимущественно в ВБС. С-м базилярных артерий, венозно-ликворная дисфункция. Термический ожог левого предплечья. Хронический колит. Гипомоторная дискинезия толстого кишечника.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния в различное время суток, сухость во рту, жажду, увеличение веса на 1-2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, отеки голеней, стоп. онемение ног, повышение АД макс. до 140/90мм рт.ст., головные боли, головокружение, термический ожог левого предплечья, полученный в бытовых условиях, запоры, общую слабость, быструю утомляемость..

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния в ночное время. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (монодар, монодар В). С 2006 переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-7 ед., п/о-6 ед., п/у- 4ед., Протафан НМ 22.00 10 ед. Гликемия –14-2,0 ммоль/л. НвАIс – 13,6 % (03.2013). Последнее стац. лечение в 2012г. АИТ выявленн в 2011г – АТТГ 52,6МЕ/мл; АТТПО 60,3 МЕ/л (0-30)ТТГ 4,3(0,3-4,0)Мме/л; Т4Св – 9,5пмоль/л(10-25). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.05.13Общ. ан. крови Нв – 113 г/л эритр – 3,4 лейк –5,0 СОЭ –15 мм/час

э-1 % п- 0% с- 64% л- 30 % м- 5%

30.05.13Биохимия: СКФ – 64,2мл./мин., хол –4,9 тригл -1,6 ХСЛПВП – 1,0 ХСЛПНП -3,1 Катер -3,9 мочевина –3,0 креатинин – 89,7 бил общ –10,8 бил пр –2,5 тим –3,7 АСТ – 0,46 АЛТ –0,61 ммоль/л; общ белок 74,1

31.05.13 К -3,4 ммоль/л, Na -133 ммоль/л

03.06.13 сывороточное железо 4,0 мкмоль/л

07.06.13 ТТГ 5,1 Мме/л (0,3-4,0)

### 30.05.13Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –следы; эпит. пл. – 1-2; эпит. перех. - ед в п/зр, бактерии

С 04.06.13 ацетон - отр

03.06.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – отр

03.06.13Суточная глюкозурия – 1,24 %; Суточная протеинурия – отр

##### 03.06.13Микроальбуминурия –47,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.05 | 16,0 | 18,5 | 15,5 | 13,1 |  |
| 02.06 2.00-10,5 | 6,6 | 8,3 | 4,4 | 12,4 |  |
| 05.06 | 12,6 | 9,7 | 10,5 | 8,1 | 8,5 |
| 06.06 | 10,4 |  |  |  |  |
| 08.06 00.00-7,0 | 6,3 | 11,1 | 4,3 | 7,0 | 9,9 |
| 09.06 2.00-10,7 | 12,5 |  |  |  |  |
| 10.06 |  | 13.00-3,6 |  |  |  |
| 11.06 | 13,1 |  |  |  |  |

Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия I-II, преимущественно в ВБС. С-м базилярных артерий, венозно-ликворная дисфункция. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к Ш ст., сенсо-моторная форма, парез левой.

Окулист: VIS OD=0,9 OS=0,8 ; ВГД OD=18 OS=19

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.05.13ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН1. НЦД по смешанному типу.

Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, анемия.

Хиррург: Термический ожог левого предплечья.

Гастроэнтеролог: Хронический колит. Гипомоторная дискинезия толстого кишечника. Хр. геморрой? Трешина прямой кишки?

07.01.13 Р-графия правой стопы: деструктивных изменений не выявлено. Признаки субхондрального склероза в Iм плюсне-фал. суставе.

06.06.13 Р-графия ПОП: Признаки субхондрального склероза, снижение высоты межпозвонковых дисков.

Гинеколог: Бактериальный вагиноз.

30.05.13РВГ: Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

Дупл. сканирование брахиоцефальных артерий: Заключение: Кровоток по общи внутренним, сонным артериям дистоничный, ЛСК в пределах нормы, симметричность сохранена. По позвоночным артерия ЛСК – 22%, снижение ЛСК в правой ПА, в пробах на повороты головы – дополнительное снижение кровотока в ПА с двух сторон, особенно слева усиление сигналов от ПВС справа. Интракраниально: кровоток в СА, ЗМА достаточный, в левой ПМА умерено снижен. ПО ГА – кровоток спасистический резко сниженный. Отток – монофазный сниженный. УЗДГ признаки экстравазальных влияний на гемодинамику ПА с двух сторон. Снижение кровотока в правой ПА, снижение оттока по ВЯВ, вероятно как следствие патологии ШОП.

03.06.13 Доплерография артерий н/к: Кровоток по артерия н/к – магистральный по АТС – выражено снижен.

03.06.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V = 4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы местами снижена. Эхоструктура - мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, трифас, тиогамма турбо, актовегин, нейрорубин, L-тироксин, перевязки с диоксизолем.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия с тенденцией к гипогликемическим состояниям в течение дня и гипергликемией в предутренние часы, но пациентка настаивает на выписке домой по семейным обстоятельствам, несмотря на проведенную беседу о необходимости компенсации. Уменьшились боли в н/к, отеки. АД 120/70 мм рт. ст. От дообследования, назначенного гастроэнтерологом отказалась. Термический ожог зарубцевался

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-8-10ед., п/о- 7-9ед., п/у- 4-6ед., Протафан НМ 22.00 18-20 ед.Контроль гликемии в 2-3 часа ночи и утром с последующей коррекцией дозы Протафана эндокринологом по м/ж
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: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
8. Эналаприл 2,5-5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер, трифас 10 мг утром. Контр. АД.
9. Тиогамма(эспа-липон) 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: сермион 30 мг 1т/сут до 1-3 мес, бетасерк 24 мг 1т 2р/сут 1 мес., кортексин 10 мг в/м № 10, нуклео ЦМФ 2,0 в/м № 10 затем 1т. \*2р/д 20 дней, нейромидин1,5% в/м 10 дней, затем в табл. 20 мг 2р/д 1 мес. Дообследование ЭНМГ н/к.
11. L-тироксин (эутирокс) 50 мкг утром, контроль ТТГ ч/з 2 мес для коррекции дозы. УЗИ щит. железы 1р. в год.
12. Рек. нефролога: коррекция анемии, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии, общего белка, альбумина крови 1р. в 3 мес.
13. Тардиферон 1 т 2р/д 1 мес, затем 1т/сут с контр. анализа крови.
14. Рек. окулиста: вазонит 1т.\*2р/д.
15. Рек гастроэнтеролога: дообследование ирригоскопия, конс. проктолога.
16. Б/л серия. АБЖ № 503925 с 29.05.13 по 11.06.13. К труду 12.06.13г.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.