#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 681

##### Ф.И.О: Таран Ирина Владимировна

Год рождения: 1964

Место жительства: Запорожье, ул. Бородинская 5-148

Место работы: ЗЦРЦ№1 воспитатель, инв Ш гр.

Находился на лечении с 14.05.13 по 24.05.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. ДДПП на поясничном уровне, вертеброгенная люмбалгия, ст. нестабильной ремиссии. Дисциркуляторная энцефалопатия преимущественно в ВБС. Вестибуло-атактический с-м. Ожирение I ст. (ИМТ 31 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Состояние после абразии cavi uteri . Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на: гипогликемические состояния 1-2р/нед, увеличение веса на 4 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100мм рт.ст., головные боли,.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г(в кетоацидотическом состоянии). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия(Актрапид НМ, Протафан НМ). В 2005г переведен на Лантус, Эпайдру в связи с лабильностью заболевания. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14-16 ед., п/о-11 ед., п/у- 14ед., 22.00Лантус 30 ед. Гликемия –7,0-10,0 ммоль/л. НвАIс – 8,6 %(03.2013). Последнее стац. лечение в 2012г Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает рамизес 10 мг утром. АИТ с 2010г АТТПО -946; ТТГ 2012г. – 0,6. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.05.13Общ. ан. крови Нв –114 г/л эритр –3,6 лейк – 3,8 СОЭ – 13 мм/час

э-1 % п- 1% с- 66% л- 26% м-6 %

15.05.13Биохимия: СКФ –95,5 мл./мин., хол –6,0 тригл -1,87 ХСЛПВП -1,64 ХСЛПНП – 3,5Катер -2,7 мочевина – 3,2 креатинин – 87 бил общ –11,9 бил пр – 3,5 тим –1,7 АСТ – 0,15 АЛТ – 0,43 ммоль/л;

20.05.13 Нв-117 г/л

15.05.13 ТТГ – 2,4 (0,3-4,0) Мме/л

### 15.05.13Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

17.05.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

16.05.13Суточная глюкозурия – 2,85 %; Суточная протеинурия – отр

##### 17.05.13Микроальбуминурия – 169,5мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.05 | 7,7 | 5,0 | 10,7 | 9,0 |  |
| 16.05 |  |  | 10,0 |  |  |
| 17.05 | 12,6 | 10,8 | 10,1 | 6,1 |  |
| 20.05 | 13,6 | 13,7 | 4,0 | 13,5 | 14,1 |
| 21.05 | 10,7 |  |  |  |  |
| 23.05 | 9,4 | 9,5 |  | 8,1 |  |

Невропатолог: . Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсорная форма IIст. ДДПП на поясничном уровне, вертеброгенная люмбалгия, ст. нестабильной ремиссии. Дисциркуляторная энцефалопатия преимущественно в ВБС. Вестибуло-атактический с-м.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 19 OS=19

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

22.05.13ЭКГ: ЧСС - 63уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

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

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени; застоя в ж/пузыре, удвоения обеих почек.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6см3; лев. д. V =4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.В пр. доле в в/3 гидрофильный очаг 0,35 см .Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: нейрорубин, рамизес, карведилол, ипамид, аторвакор, тиогамма, актовегин, Эпайдра, Лантус.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гематолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 14-16ед., п/о-10-12 ед., п/у-14-16 ед., 22.00 Лантус -33 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 3 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: карведилол 25 мг утром, индап 2,5 1 р/д .Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
5. Рамизес 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: кортексин в/м 10 мг №10, бетосерк 24 мг 2р/сут 1-3 мес., сермион 4 мг в/м№10 затем 30 мг утр.до 3 мес.,
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
9. Рек. окулиста: вазонит 1т.\*2р/д.
10. 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.
11. Б/л серия. АБЖ № 503899 с 14.05.13 по 24.05.13. К труду 25.05.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.