#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1021

##### Ф.И.О: Подуданская Светлана Александровна

Год рождения: 1961

Место жительства: Энергодар, Курчатова 2/66

Место работы: н/р инв II гр.

Находился на лечении с 06.08.13 по 23.08.13 в диаб. энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и кетоацидозу, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая полинейропатия сенсорная форма. Диабетическая нефропатия III ст, ХБП 1. Дисциркуляторная атеросклеротическая диабетическая энцефалопатия II, с-м вертебро -базилярная недостаточность. Метаболическая кардиомиопатия СН I. Хронический эрозивный гастродуоденит, фаза обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/100мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. после перенесенной пищевой токсикоинфекции. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 16ед. Фармасулин НNР п/з- 34ед., п/у-18 ед. 13.07.13 лечилась в Энергодарской ЦРБ.. Дз: Рожистое воспаление левой голени. Повышение АД в течение 10лет. Принимает гипотензивную терапию.В анамнезе узел левой доли щитовидной железы. ТТГ – 2,2. АТТПО – 27,3 (2009). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

07.08.13Общ. ан. крови Нв – 120 г/л эритр –3,2 лейк – 6,6 СОЭ – 45 мм/час

э-0% п- 0% с-55 % л- 39 % м- 6%

15.08.13 лейк – 3,5 СОЭ – 31 мм/час

07.08.13Биохимия: СКФ –96 мл./мин., хол –4,4 тригл -1,69 ХСЛПВП -1,53 ХСЛПНП -2,10 Катер – 2,0мочевина – 3,2 креатинин –70 бил общ – 11,6 бил пр –2,9 тим –3,4 АСТ – 0,52 АЛТ –0,54 ммоль/л;

14.08.13Анализ крови на RW- отр

16.08.13 ТТГ 2,4 Мме/л (0,30-4,0)

### 07.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1004 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - в п/зр

08.08.13Суточная глюкозурия – 0,64 %; Суточная протеинурия – отр

20.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

##### 09.08.13Микроальбуминурия – 33,9мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 07.08 | 7,1 | 7,5 | 4,0 | 3,0 | 7,7 |
| 08.08 | 5,7 | 11,7 | 6,1 | 21,7 |  |
| 09.08 | 10,9 | 12,6 | 11,1 | 12,7 |  |
| 10.08 | 17,9 | 13,6 | 11,3 | 13,0 |  |
| 11.08 | 5,8 | 8,4 | 9,7 | 13,8 |  |
| 15.08 | 13,0 | 13,5 | 12,0 | 9,4 |  |
| 17.08 | 15,7 | 12,7 | 10,1 | 7,4 | 10,8 |
| 18.08 | 14,2 | 7,1 | 6,2 | 7,8 | 9,5 |
| 21.08 | 14,7 | 10,2 | 7,0 | 8,7 |  |
| 22.08 | 11,1 |  |  |  |  |
| 23.08 | 9,8 |  |  |  |  |

Невропатолог: Дисциркуляторная атеросклеротическая диабетическая энцефалопатия II, с-м вертебро -базилярная недостаточность. Диабетическая полинейропатия II, сенсорная форма.

Окулист: VIS OD=0,1 н/к OS=0,2н/к ; ВГД OD= 22 OS=22

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы.Еденичные твердые экссудативные очаги. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Незрелая катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

06.08.13ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хр. эрозивный гастродуоденит, неассоциированный с H-pylory, фаза обострения.

09.08.13ФГДЭС: Эрозивная гастропатия.

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

Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон

13.08.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, кальцинатов в селезенке, функционального раздражения кишечника.

08.08.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,3 см3; лев. д. V = 2,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. В пр. доле в с/3 кальцевидная структура 0,74 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н, метрагил, метамакс, нейробион, весел дуэф

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больная переведена на Генсулин Н, Гесулин R. Заполнена карта Синадиаб.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин R (пенфил)п/з- 16-18ед., п/о- 6-8ед., п/у- 6-8 ед., Генсулин Н (пенфил)22.00 – 34-36 ед. В связи с невозможностью коррекции зрения, сложностями в наборе рекомендованных доз выданы 2 шприц-ручки, рекомендованы пенфильные формы.
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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Весел дуэф 1т 2р/д 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год.
10. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
11. Рек. гастроэнтеролога: Хофитол 2т 3р/д до еды 1 мес, омез 20 г 2р/д до еды 1 мес, Де-нол 2т 2р/д за час до еды 1 мес, повторный осмотр через 2 нед..

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.