#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1020

##### Ф.И.О: Василец Юлия Григорьевна

Год рождения: 1983

Место жительства: Ореховский р-н, с. Юрковка, ул. Космическая 6

Место работы: студент, инв II гр.

Находился на лечении с 08.08.13 по 21.08.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия IV ст. ХПН 0. ХБП II ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II ст, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический, дисмнестический с-м легкой степени.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 4 кг за год, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, периодические гипогликемические состояния в различное время суток, одышку при ходьбе, периодические боли в прав. подреберье и эпигастральной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1994г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ). В связи с гипогликемическими состояниями в 2008 переведена на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о- 6-8ед., п/у 4-6ед., Лантус п/з 29 ед. Гликемия 2,0-13,0– ммоль/л. НвАIс – 7,0 % от 05.2013. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

09.08.13Общ. ан. крови Нв – 151 г/л эритр –4,7 лейк – 3,6 СОЭ – 3 мм/час

э-2 % п-0 % с-55 % л- 35 % м- 9%

09.08.13Биохимия: СКФ –55 мл./мин., хол –3,7 тригл -2,1 ХСЛПВП -1,35 ХСЛПНП -1,3 Катер -2,0 мочевина –3,0 креатинин –127 бил общ –11,0 бил пр –2,7 тим –2,4 АСТ –0,75 АЛТ – 0,81 ммоль/л;

16.08.13 Бил общ 12,1, Бил пр 3,0, тим – 1,6 АСТ – 0,58 АЛТ -1,1

19.08.13 мочевина 3,7 креатинин 112мкмоль/л

15.08.13Глик. гемоглобин – 7,4%

09.08.13Анализ крови на RW- отр

### 09.08.13Общ. ан. мочи уд вес 1000 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,323 ацетон –отр; эпит. пл. – ум.

19.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,371

20.08.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,298

12.08.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,6 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.08 | 9,3 | 5,6 | 4,2 | 7,7 | 6,7 |
| 11.08 | 9,4 |  | 4,3 | 7,5 | 4,2 |
| 12.08 |  | 10,9 |  |  |  |
| 14.08 | 6,9 | 9,4 | 3,6 | 7,3 |  |
| 15.08 | 6,3 | 11,1 | 5,3 | 8,5 |  |
| 19.08 | 9,3 | 6,8 | 6,1 | 7,8 | 5,0 |
| 21.08 | 7,0 |  |  |  |  |

Маркеры вирусного гепатита В и С взяты

Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I, цереброастенический, дисмнестический с-м легкой степени. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II ст, сенсорная форма.

Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0 ; ВГД OD= 19 OS=20

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Множественные лазеркоагулянты. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Интраретинальные микрогеморагии. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

08.08.13ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось резко отклонена влево. Позиция горизонтальная. Блокада передней ветви ЛНПГ

2012 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

14.08.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; изменения диффузного типа в паренхиме правой почки. Правая почка 12,4\*3,5\*5,1 см. Левая почка 10,4\*3,8\*4,7 см.

09.08.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,5 см3; лев. д. V = 5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет

Лечение: фозикард, Лантус, тиогамма, мильгамма, тиоцетам, Эпайдра.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Боли в эпигастральной области в данный момент не обмечаются, диспепсических явлений не наблюдается.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о-8-10 ед., п/у- 6-8ед., Лантус п/з – 29-31 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Фозикард 5-10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. 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.
8. Рек. невропатолога: танакан 1 т 3р/д 1-2 мес.
9. Конс. гастроэнтеролога с результатами маркеров гепатита.
10. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.,
11. 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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.