#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни №

##### Ф.И.О: Шайдецкая Полина Александровна

Год рождения: 1992

Место жительства: Запорожский р-н, с. Лукашево, ул. Молодежная 31

Место работы: декрет, инв Ш гр.

Находился на лечении с 12.11.13 по 26.11.13 в. энд. отд. (ОИТ 12.11.-14.11.13)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей, перегиб желчного пузыря. С-м разраженного кишечника со склонностью к запорам. ВСД, норм – пароксизмальное течение. Астено невротический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянная инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 16ед., п/о- 14ед., п/у-6 ед., Протафан НМ 22.00 – 16 ед. Гликемия –12,0-15,0 ммоль/л. НвАIс -11,5 % от 24.10.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к с начала заболевания. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.11.13Общ. ан. крови Нв – 111 г/л эритр – 3,5 лейк – 4,2 СОЭ –5 мм/час

э- 1% п- 1% с-70% л- 24 % м- 4%

15.11.13Общ. ан. крови Нв – 148 г/л эритр – 4,5 лейк – 4,8 СОЭ –15 мм/час

э- 0% п- 0% с-63% л- 34 % м- 3%

13.11.13Биохимия: хол –4,3 тригл -1,53 ХСЛПВП -1,58 ХСЛПНП -2,02 Катер – 1,7мочевина – 3,1 креатинин – 71 бил общ – 12,8 бил пр –4,1 тим –1,6 АСТ –0,13 АЛТ –0,24 ммоль/л;

13.11.13 Амилаза - 43

15.11.13ТТГ 0,9 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТГ – 126,9 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО –25,9 (0-30) МЕ/мл

### 13.11.13Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед в п/зр

19.11.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 19.11.13Микроальбуминурия –100 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.11 |  |  | 10,7 | 4,9 | 10,3 |
| 13.11 | 13,1 | 6,3 | 3,4 | 8,9 |  |
| 15.11 2.00-9,9 | 14,2 | 16,2 | 5,7 | 5,6 | 6,9 |
| 16.11 2.00-11,5 | 12,4 | 10,5 |  |  |  |
| 18.11 | 8,3 | 10,4 |  |  |  |
| 19.11 | 5,4 | 11,1 | 5,3 | 6,9 |  |
| 20.11 |  | 9,8 |  |  |  |
| 21.11 |  | 8,1 |  |  |  |

Невропатолог: ВСД, норм – пароксизмальное течение. Астено невротический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н\к II , сенсо-моторная форма.

Окулист: осмотр в ОИТ

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены неравномерного калибра. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. С-м Укороченного PQ.

Кардиолог: НЦД по смешанному типу. С- укороченного PQ. СН0.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гастроэнтеролог: Хронический холецистит в стадии обострения. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей, перегиб желчного пузыря. С-м разраженного кишечника со склонностью к запорам.

РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, нельзя исключить удвоение правой почки.

УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,6 см3; лев. д. V = 5,0 см3

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

Лечение: тиоктацид, актовегин, витаксон, Актрапид НМ, Протафан НМ, нейрорубин, кортексин, ноофен, Магне В6, эспа-липон.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 100/60 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 20ед., п/о- 14-16ед., п/у-4-6 ед., Протафан НМ 22.00 25-27 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. 1 мес.
7. Эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
8. 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.
9. Рек. невропатолога: ноофен 250 мг 2-3 раза в день 2-4 нед, магне В 6 по 1 т 3р\д – 2 нед. .
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек. гастроэнтеролога: стол№ 5, галстена по 10 к 3р/д, за 30 мин до еды, или ч/з 1 час после еды, дефенорм по 1 кап 3-4 р\д 1 мес, меверин 1р 2р\д за 20 ин до еды – 2 нед, фестал 1т 3р\д во время еды – 2-4 нед.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.