#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1196

##### Ф.И.О: Масничук Елена Юрьевна

Год рождения: 1973

Место жительства: Акимовский р-н, Н-Даниловка, Петровского 9-15

Место работы: инв II гр.

Находился на лечении с 23.09.13 по 09.10.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма, стационарное течение. Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазер коагуляции сетчатки ОИ. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП IIст

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, гипогликемические состояния 1 р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы – кетоацидотическая - 1993. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2010 - учитывая тяжелые гипогликемические состояния переведена на Лантус, Эпайдру.В наст. время принимает: Эпайдру п/з-6 ед., п/о-5 ед., п/у- 5ед., Лантус 22.00 – 8 ед. Гликемия –2,5-14,0 ммоль/л. НвАIс – 9,0 % от 30.8.13. Последнее стац. лечение в 2011г. Боли в н/к в течение 2-3 лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.09.13Общ. ан. крови Нв –122 г/л эритр –3,8 лейк –5,1 СОЭ –10 мм/час

э- 1% п- 2% с- 65% л- 26 % м- 6%

24.09.13Биохимия: СКФ –5 мл./мин., хол –6,4 тригл -1,29 ХСЛПВП -1,95 ХСЛПНП – 3,86Катер -2,28 мочевина –7,2 креатинин – 101 бил общ –11,0 бил пр –2,7 тим – 1,8 АСТ –0,34 АЛТ – 0,65 ммоль/л;

24.09.13Анализ крови на RW- отр

### 24.09.13Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –на 1/3 в п/зр белок – 0,028 ацетон –отр; эпит. пл. -ув ; эпит. перех. - умв п/зр

26.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3500 эритр - белок – 0,040

30.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,030

25.09.13Суточная глюкозурия – 0,78%; Суточная протеинурия – 0,027

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 24.09 | 4,7 | 7,9 | 3,8 | 7,0 |  |
| 25.09 |  |  | 6,4 |  |  |
| 27.09 | 6,9 | 7,3 | 5,6 | 6,2 |  |
| 30.09 | 10,1 | 9,4 | 3,4 | 4,9 |  |
| 02.10 | 7,9 | 5,8 | 7,2 |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., смешанная форма, стационарное течение.

Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,2

Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, экссудаты. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Артифакия ОИ. Авитрия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки.

ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия.

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиогамма турбо, актовегин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-6-8 ед., п/о- 4-6ед., п/у-5-7 ед., Лантус 22.00 8-10 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг веч длительно) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
9. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия.
10. Рек. окулиста: 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 Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.