#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1332

##### Ф.И.О: Лысенко Анастасия Романовна

Год рождения: 1995

Место жительства: Запорожский р-н, Кушугум, Чкалова, 15

Место работы: ЗГУ, студент. инв 1 гр (детства) ,

Находился на лечении с 17.10.13 по 20.10.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Начальные проявления диабетической полинейропатии н/к. С-м вегетативной дисфункции. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Эрозия шейки матки. Вагинит. Гиперандрогения клинически. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит ст. нестойкой ремиссии

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 3 кг, судороги, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. Переведена ч/з 1 неделю на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-10 ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Левемир п/з – 24 ед. 22.00 – 20 ед. Гликемия –5-15 ммоль/л. НвАIс -13,6 % от 27.09.13. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.10.13Общ. ан. крови Нв – 152г/л эритр –4,7 лейк –10,5 СОЭ –6 мм/час

э- 0% п- 2% с- 72% л- 22 % м-4 %

28.10.13 лейк – 7,6 СОЭ 5 мм/час

18.10.13Биохимия: СКФ – 126мл./мин., хол –8,63 тригл -1,26 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -6,79 Катер -5,85 мочевина –4,1 креатинин – 68 бил общ –9,2 бил пр –2,2 тим –1,5 АСТ – 0,37 АЛТ – 0,29 ммоль/л;

18.10.13Анализ крови на RW- отр

### 2210.13Общ. ан. мочи уд вес 1030 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -у ; эпит. перех. -ед в п/зр

22.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

21.10.13Суточная глюкозурия – 3,79 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.13Микроальбуминурия –18,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.10 |  |  |  | 13,2 |  |
| 18.20 | 13,5 | 15,7 | 6,3 |  |  |
| 20.10 | 8,0 | 5,6 | 9,7 | 12,3 |  |
| 23.10 | 7,8 | 8,5 | 8,8 | 7,9 |  |
| 24.10 |  |  | 15,0 | 9,4 |  |
| 25.10 2.00-12,0 | 10,1 | 4,6 | 6,0 | 6,8 |  |
| 26.10 |  | 3,1 |  |  |  |
| 27.10 | 10,4 | 4,3 |  | 7,5 | 14,1 |
| 28.102.00-8,7 | 7,5 | 8,8 | 7,6 | 6,1 |  |

Невропатолог: Начальные проявления диабетической дистальной полинейропатии н/к. С-м вегетативной дисфункции.

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

Артерии сужены. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. С-м укороченного PQ.

Хирург: острой хирургической патологии нет.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.10.13 Р-скопия ЖКТ: Хронический гастродуоденит. Хронический панкреатит.

Гастроэнтеролог: Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит ст. нестойкой ремиссии

Гинеколог: Эрозия шейки матки. Вагинит. Гиперандрогения клинически.

РВГ:. Нарушение кровообращения слева – Iст, справ – N, тонус сосудов N.

29.10.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; застоя в ж/пузыре, склерозирования подж. железы;

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,6 см3; лев. д. V = 7,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, но-шпа, витаксон, эспа-липон, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Повышение глик. гемоглобина до 13,6% связано с 5х кранным введением инсулина. Больная переведена на дробный 4х кратный режим инсулинотерапии.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 10-12ед., п/о- 12-14ед., п/у-7-9 ед., Левемир 22.00 34-36 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Контроль липидограммы ч/з 1 мес..
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
6. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, вис-нол по 2т 3р/д за 30 мин до еды 2 нед, пангрол 20тыс по 1т 3р/д, галстена по 10к 3р/д за 30 мин до еды или через 1 час после еды.1 мес.
7. Рек. гинеколога: КС. Явка с результатами.
8. 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.
9. Справка № 61 с 17.10.13 по 30.10.13.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.