#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1348

##### Ф.И.О: Сидельникова Антонина Василевна

Год рождения: 1979

Место жительства: Запорожье, 40 лет победы, 63-81

Место работы: КУ «ЗОКЛ» ЗОР поликлиника, мед сестра инв II гр.

Находился на лечении с 21.10.13 по 07.11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Миопия среденй степени ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Дисметаболическая энцефалопатия н/к I-IIст. Астено-вегетативный с-м. Вагинит. ВМС. Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы : гипогликемическая - 2011. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-8 ед., п/о- 8-6ед., п/у-5 ед., Протафан НМ 22.00 – 16 ед. Гликемия –15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.10.13Общ. ан. крови Нв –147 г/л эритр – 4,6 лейк – 5,3СОЭ – 40 мм/час

э- 4 п-1 % с-63 % л- 27 % м-5 %

22.10.13Биохимия: СКФ –49,1 мл./мин., хол –7,6 тригл -2,2 ХСЛПВП -1,26 ХСЛПНП -5,3 Катер -5,1 мочевина – 5,6 креатинин –136 бил общ –9,0 бил пр –2,1 тим – 5,6 АСТ – 0,46 АЛТ –0,26 ммоль/л;

31.10.13Биохимия: хол –6,29 тригл -1,64 ХСЛПВП -1,1 ХСЛПНП -4,44 Катер -4,9

01.11.13 мочевина – 4,8 креатинин –81,6 СКФ - 82

22.10.13Глик. гемоглобин – 9,7%

22.10.13Анализ крови на RW- отр

25.10.13Св.Т4 - 4,0 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 406,8 (0,3-4,0) Мме/л

### 22.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 0-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

23.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр -500 белок – 0,754

23.10.13Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,99

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 22.10 | 6,9 | 10,5 | 4,2 | 8,7 |  |
| 24.10 | 14,2 | 10,33 | 4,3 | 9,9 |  |
| 27.10 |  | 14,7 | 9,4 | 11,9 | 12,3 |
| 28.10 2.00-8,7 |  |  |  | 11,5 | 12,8 |
| 29.10 2.00-9,2 | 12,9 |  |  |  |  |
| 05.11 | 12,5 | 7,6 | 9,3 | 9,3 | 10,5 |
| 06.11 2.00-5,5 | 10,0 |  |  | 5,6 | 6,1 |
| 07.11 2.00- 5.00- | 8,6 |  |  |  |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Дисметаболическая энцефалопатия н/к I-IIст. Астено-вегетативный с-м.

Окулист: VIS OD= 0,08-4,0=0,9 OS= 0,08-4,0=0,9

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, экссудаты. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Миопия среденй степени ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

Гинеколог: Вагинит. ВМС.

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

Допплерография: ЛПИ справа – 1,05, ЛПИ слева –1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

Дупл. сканирование брахиоцефальых артерий : Заключение: данные на руках.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме обеих почек.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,4см3; лев. д. V =5,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: индап, диалипон, фозикрад, дилтиазем, Актрапид НМ, Протафан НМ, кортексин, аторис эспа-липо, актовегин, кортексин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохрянется гипергликемия в утр часы. уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-8-10 ед., п/о- 7-9ед., п/у-9-11 ед., Протафан НМ 22.00 23-25 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: дилтиазем ретард 90мг \*3р/д., фозиноприл 20 мг веч.
5. Индап 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес.
7. Рек. невропатолога:вазокет 600 1т\сут утр,.
8. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
9. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, трокисвазин 300м 1т 2р\д, аскоротин 1т 3р\д окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
10. Б/л серия. АГВ № 234110 с 21.10.13 по 07.11.13. К труду 08.11.13г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.