#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1097

##### Ф.И.О: Шумилина Инна Анатольевна

Год рождения: 1962

Место жительства: Запорожье, 8 марта 22-87

Место работы: инв IIгр.

Находился на лечении с 02.09.13 по 13.09.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Гемофтальм ОД. Авитрия OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая нефропатия V ст. ХБП V ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Ампутационные культи IIп. правой стопы, II-V п левой стопы. Вялогранулирующая рана левой стопы. Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсо-моторня форма Ш ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Цереброастенический с-м. Метаболическая кардиомиопатия СН II A ф.кл II. САГ Ш. Пневмофиброз, в следствии перенесенной вируснобактериальной пневмонии (2011) ЛН1. Смешанная анемия (железодефицитная миелотоксическая). Аутоиммунный тиреоидит без увеличение объема щитовидной железы. Узловой зоб I , узлы левой доли. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду,полиурию, увеличение веса на 1-2 кг, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1978г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает.. Постоянно инсулинотерапия (Актрапид НМ, Протафан НМ, Инсуман, Хумодар Б100Р, Р100Р). С 2009 в эндокриндиспансере переведена на Фармасулин Н, Фармасулин НNР.В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-5-6 ед., п/у-5-6 ед., Фармасулин НNР.22.00 – 6 ед. НвАIс – 8,06 % от 20.08.13. Последнее стац. лечение в 2009г. Повышение АД в течение 10лет. Из гипотензивных принимает Лозап 100 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

03.09.13Общ. ан. крови Нв – 60 г/л эритр – 1,7лейк –7,5 СОЭ – 74мм/час

э- 1% п- 3% с-75 % л- 20 % м-1 %

10.09.13Общ. ан. крови Нв – 62 г/л эритр – 2,0лейк –9,6 СОЭ –68 мм/час

э- 1% п- 6% с- 71% л- 20% м-2 %

03.08.13Биохимия: СКФ –12,5 мл./мин., хол 3,86 тригл -1,40 ХСЛПВП -1,40 ХСЛПНП -1,92 Катер -1,97 мочевина –26,4 креатинин – 469 бил общ –11,9 бил пр – 2,9 тим –2,6 АСТ –0,22 АЛТ –0,20 ммоль/л; общ белок 71 г/л

10.09.13 СКФ 12,6 креатинин 1468, мочевина 30,6 ммоль/л

09.13НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

06.09.13 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/л, АТ ТПО – 728,9 (0-30) МЕ/мл

06.09.13 К – 4,7 ; Nа –141 ммоль/л

### 09.13Общ. ан. мочи (больная не сдала в виду обильных mensis)

12.09.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – 0,887

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.09 | 4,7 | 10,8 | 11,6 | 12,3 |  |
| 05.09 | 5,1 | 3,0 | 7,0 | 12,2 |  |
| 07.09 | 5,2 | 3,4 | 13,8 | 9,7 |  |
| 11.09 | 3,6 | 4,2 | 12,8 (после еды) | 12,5 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/к, сенсо-оторня форма Ш ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II, сочетанного генеза. Цереброастенический с-м.

Окулист: осмотр в палате

Гемофтальм ОД, глазное дно не офтальмоскопируется.OS. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, отек сетчатки ОИ. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Гемофтальм ОД. Авитрия OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

02.09.13ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН II A ф.кл II САГ Ш.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гематолог: Смешанная анемия (железодефицитная миелотоксическая).

Хирург: Диабетическая ангиопатия н/к, вялогранулирующая рана левой стопы.

Пульонолог: Пневмофиброз, в следствии перенесенной вируснобактериальной пневмонии (2011) ЛН1.

06.09.13 Р-графия ОГК: признаки пневмофиброза с обеих сторон. Участок фиброза слева в проекции язычковых сегментов. Справа синусы облитерированы. Сердце – увеличены левые отделы.

10.09.13 Больная осмотрена комиссией хронического гемодиализа по решению вопроса о постановке AV доступа. Однако у больной имеются противопоказания (перенесла флегмону в обл. пр. стопы, произведена ампутация II-V пальца в настоящий момент вялогранулирующаяся рана, что свидетельствует о септическом процессе). Рекомендовано продолжить консервативное лечение ( протокол №758).

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

03.09.13УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,8 см3; лев. д. V = 7,6см3

По сравнению с УЗИ от 02.2012 щит. железа увеличилась, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий и фиброз и единичные гидрофильные очаги до 0,3 см.

В пр. доле в с/3 изоэхогенный очаг 0,4 см. В лев. доле в в/3 гидрофильный узел с гидрофильным ободком 1,9\*1,23 см.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы. Узел левой доли.

Лечение: лозап, сорбифер дурулес, амлодипин, нормазе, энтеросгель, трифас, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, тиогамма, актовегин, витаксон, кортекси, перевязки с диоксизолем.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, с больной проведены беседы о соблюдении режима диетотерапии, самоконтроле. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая Гемофтальм ОД, глазное дно не офтальмоскопируется.OS. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии, отек сетчатки ОИ. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Гемофтальм ОД. Авитрия OS. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ, рекомендовано введение инсулина при помощи шприц ручки, по возможности обеспечить по м/ж.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н (пенф) п/з-4-5 ед., п/о- 1-2ед., п/у-5-6 ед., Фармасулин НNР(пенф) 22.00 4-6 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес.
2. Рек. кардиолога: трифас 10 мг 1р/д, азамекс 2,5 мг 1р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
3. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
4. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., конс. витреретинального хирурга.
7. Рек. гематолога: Дан совет по питанию. Сорбифер дурулес 2т 2 мес, затем 1 т /день постоянно.
8. Препараты эритропоетина по схеме.
9. Рек. хирурга : Перевязки с диоксизолем

##### Леч. врач Ермоленко В.А

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.