#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1010

##### Ф.И.О: Ширшова Алина Сергеевна

Год рождения: 1993

Место жительства: г. Запорожье, ул. Воронина 19-30

Место работы: н/р

Находился на лечении с 15.08.14 по 28 .08.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. Диаб. ангиопатия артерий н/к ВСД, астено-невротический с-м. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Отслойка сетчатки ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОS. Авитрия ОS. Оперированая отслойка сетчатки OS. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП Ш ст. Вагинит

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая 2012. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В течении 8 лет пользуется Новорапидом. В наст. время принимает: Новорапид п/з-4 ед., п/о- 5ед., п/у-4 ед., Протафан НМ 22.00 17 ед. Гликемия –5-15 ммоль/л. Последнее стац. лечение в энд отд ОДБ 2013г. Ухудшение зрения с 12.2013, 17.06.14 проведена витерэктомия с лазеркоагуляцией сетчатки. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.08.14 Общ. ан. крови Нв –148 г/л эритр –4,6 лейк –4,7 СОЭ –34 мм/час

э-0 % п- 2% с58- % л- 39% м- 1%

26.08.14 СОЭ – 44 мм/ч

19.08.14 Биохимия: СКФ –55,62 мл./мин., хол –8,6 тригл – 1,90 ХСЛПВП -1,57 ХСЛПНП -6,2 Катер -4,5 мочевина –5,6 креатинин –111 бил общ –10,0 бил пр –2,4 тим –1,6 АСТ 0,31 АЛТ –0,67 ммоль/л;

21.08.14 бил общ – 6,0 г/л

18.08.14 Анализ крови на RW- отр

22.08.08.14 К – 3,6 ; Nа – 138 ммоль/л

### 19.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –8-13 в п/зр белок – 1,02 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

26.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр -6000 белок – 0,811 цил 3 в камере

18.08.14 Суточная глюкозурия –1,3 %; Суточная протеинурия – 1,22

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.08 |  | 4,3 |  |  |
| 16.08 | 17,3 | 12,5 | 7,7 | 4,2 |
| 17.08 | 4,9 | 5,1 |  |  |
| 18.08 | 15,8 |  |  |  |
| 19.08 | 8,8 | 6,8 | 7,9 | 8,0 |
| 20.08 | 9,5 |  |  |  |
| 21.08 | 7,2 |  |  |  |
| 22.08 | 3,6 | 5,7 | 6,0 | 7,3 |
| 23.08 | 6,9 |  |  |  |

20.08Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к. ВСД, астено-невротический с-м.

15.08Окулист: VIS OD= 0,01 н/к OS= 0,01 н/к ;

ОД Рефлекс с глазного дна тусклый, детали не офтальмоскопируются. OS. Рефлекс с глазного дня розовый, детали не офтальмоскопируются. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОД. Отслойка сетчатки ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОS. Авитрия ОS. Оперированная отслойка сетчатки OS

15.08ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

18.08Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.08Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

19.08Гинеколог: Вагинит.

18.08РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

28.08УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; застоя в ж/пузыре.

04.08.14 УЗИ почек: Эхопризнаки диффузных изменений паренхимы почек ( хрончиеский двухсторонний пиелонефрит/нефропатия), кальцинатов почек.

14.08УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,1 см3; лев. д. V = 7,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: берлиприл, сторвас, Новорапид, Протафан НМ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-4-5 ед., п/о- 5-6ед., п/уж 4-5 ед., Протафан НМ.22.00 15-17 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3мес., креатинина, мочевины, общего белка
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Берлиприл 10-20 мг утром. Контр. АД. Конс кардиолога по м/ж для коррекции гипотензивной терапии.
8. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, армадин 2,0 в/м № 10, адаптол 500 1т 2р\д 1 нед, глицисед 2т 3р\д 1 мес.
9. Рек. окулиста: тобрадекс 2к 4р/д
10. 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.
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.
12. Контр ОАК (СОЭ в динамике).

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.