#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 484

##### Ф.И.О: Кущ Татьяна Андреевна

Год рождения: 1995

Место жительства: г. Запорожье, ул. Гаврилова 7 кв 212

Место работы: н/р, инв Ш гр ( детства)

Находился на лечении с 07.04.14 по 28.04.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая энцефалопатия II. Астеновегетативный с-м. Дистальная диабетическая хроническая полинейропатия н/кII, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. ХБП II ст. Хронический пиелонефрит, обострение. Начальная катаракта ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 1 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, АД макс. до 120/90 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1998г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан. С 2009 принимала инсулины Лантус, Эпайдра( из-за погрешностей в диете и режиме инсулинотерапии опять переведена на Актрапид НМ, Протафан). В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-20 ед., п/о-10ед., п/у- 6ед., Протафан НМ 22.00 20-24 ед. Гликемия –9-15 ммоль/л. НвАIс – 13,9 % от 08.2013. Последнее стац. лечение в 11.2013г. С 24.03.14 по 27.03.14 находилась на стац лечении в 7 гор. б-це с кетоацидозом после чего направлена на стац лечение в ЗОЭД для коррекции инсулинотерапии. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

08.04.14 Общ. ан. крови Нв – 153 г/л эритр –4,6 лейк –5,3 СОЭ –16 мм/час

э- 2% п- 0% с- 50% л- 48 % м-0 %

08.04.14 Биохимия: СКФ –66 мл./мин., олл –6,1 тригл -2,29 ХСЛПВП -1,30 ХСЛПНП -3,75 Катер -3,7 мочевина –4,0 креатинин –79 бил общ –9,8 бил пр –2,1 тим –2,5 АСТ – 0,61 АЛТ –0,65 ммоль/л;

23.04.14 Глик. гемоглобин – 10,3%

08.04.14 Анализ крови на RW- отр

### 08.04.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –4-6 в п/зр белок – 0,396 ацетон –отр; эпит. пл. – много; эпит. перех. – ед в п/зр

10.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -34500 эритр - белок – 0,324

14.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -17500 эритр – 250 белок – 0,117

24.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,194

19.04.14 Суточная глюкозурия –0,5 %; Суточная протеинурия – 0,248

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.04 | 12,5 | 6,5 | 10,2 | 4,3 |  |
| 09.04 |  |  |  | 4,5 |  |
| 11.04 | 16,4 | 12,5 | 2,8 | 4,1 |  |
| 12.04 |  |  |  | 21.00-2,8 | 23.00-4,1 |
| 14.04 |  |  | 3,5 | 6,0 | 4,0 |
| 15.04 | 9,6 |  | 8,1 |  |  |
| 17.04 0.00-2,5 | 8,0 | 7,1 | 4,2 | 3,4 |  |
| 18.04 | 11,9 | 3,1 | 3,3 | 6,0 |  |
| 19.04 | 7,1 | 5,5 | 3,2 | 7,6 |  |
| 20.04 |  | 2,8 | 11,1 | 7,3 |  |
| 21.04 |  | 13,2 | 17.00-2,8 | 16,7 | 23.45-2,8 |
| 22.04 | 17,5 | 11,7 | 4,4 | 6,6 |  |
| 23.04 | 12,2 | 10,7 | 2,2 | 15,5 | 13,8 |
| 24.04 |  | 16,2 | 11,3 | 4,3 |  |
| 25.04 2.00-8,5 |  |  |  |  |  |
| 26.04 | 11,6 |  |  |  |  |
| 27.04 | 10,4 | 10,0 | 4,1 | 10,0 | 8,7 |
| 28.04 | 8,1 |  |  |  |  |

10.04Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия II, астено-вегетативный с-м. Дистальная диабетическая полинейропатия н\кII, сенсо-моторная форма.

08.04Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.04ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

Ангиохирург: от осмотра отказалась.

23.04Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритом.

24.04.14 УЗИ почек: нельзя исключить наличие микролитов в почках.

24.04.Гинеколог: Др. вагиноз?

17.04-25.04 суточное мониторирование глик. профиля: отмечается частые гипогликемические состояния в дневное время суток, ч/з 3-4 часа после введения инсулина короткого действия, в результате чего у больной отмечается (согласно дневника) частые перекусы легкоусвояемыми углеводами. Данная тенденция имеет место после завтрака, обеда. В ночное время суток снижение гликемии в 3-4 часа ночи.

09.04.РВГ: Нарушение кровообращения справа – I, слева - N, тонус сосудов N.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, келтикан, офлоксацин, эналаприл, диалипон,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, полной компенсации достичь не удается в связи с регулярными погрешностями в диете. Пациентка осмотрена зав. отд Еременко НВ. Нач. медом Костиной Т.К., неоднократно проводились беседы о соблюдении диеты, самоконтроле. АД в пределах нормальных значений. Купированы явления пиелонефрита.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 16-18ед., п/о-4 ед., п/уж -2-4 ед., Протафан НМ 22.00 19-20 ед...

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 2,5 мг веч.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Канефрон Н 2т 3р/сут 1 мес. Конт анализов мочи по Нечипоренко.
7. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, слезавит 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Соловьюк А.О.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.