#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 557

##### Ф.И.О: Набока Надежда Михайловна

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Запорожье, ул. Владивостоковская 18

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 24.04.14 по 08.05.14 в диаб. отд. (24.04-06.05.14 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая энцефалопатия I астеновегетативный с-м, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Нарушение терморегуляции. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. ВПС, стеноз легочной артерии СН1. САГ II ст.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, учащенное сердцебиение, гипогликемические состояния 2-3 р\нед на фоне физ нагрузки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-19 ед., п/о- 5ед., п/у- 7ед., Протафан НМ 22.00 – 16 ед. Гликемия –2,6-15,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Боли в н/к в течение 8-10 лет. Повышение АД в течение 16 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг утр. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.04.14 Общ. ан. крови Нв –125 г/л эритр – 3,8 лейк – 3,0 СОЭ –3 мм/час

э- 1% п- 0% с- 61% л- 36% м-2 %

29.04.14 Общ. ан. крови Нв –136 г/л эритр – 4,1 лейк – 4,0 СОЭ –14 мм/час

э- 2% п- 0% с- 60% л- 37% м-1 %

25.04.14 Биохимия: хол – 5,1 тригл -1,23 ХСЛПВП -2,49 ХСЛПНП – 2,05Катер -1,0 мочевина –3,6 креатинин –77 бил общ –12,2 бил пр –1,0 тим – 1,5 АСТ – 0,20 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

25.04.Амилаза 25 ед/л

27.04.Амилаза 17,1 ед/л диастаза 15,8 (0-120) мг/(ч\*л)

24.04.14 Анализ крови на RW- отр

24.04.14 Гемогл – 135 ; гематокр – 0,43; общ. белок – 81 г/л; К –4,3 ; Nа – 146 ммоль/л

26.04. К – 4,3 ммоль\л

27.04 К – 4,48 Nа – 149 ммоль\л

29.04.14 К – 3,6 ммоль\л

02.05.14 К – 5,0 ммоль\л

06.05.14 К – 3,61 ммоль/л

25.04.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 10 мин.; ПТИ – 79 %; фибр –2,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 85%; св. гепарин – 10\*10-4

30.04.14 Проба Реберга: Д- 3,4л, d-2,36 мл/мин., S-1,79 кв.м, креатинин крови- 107мкмоль/л; креатинин мочи- 3240мкмоль/л; КФ- 69,1мл/мин; КР- 96,6%

### 24.04.14 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –3+++; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

С 06.05.14 ацетон - отр

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

30.04.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк 1000- эритр - белок – отр

30.04.14 Суточная глюкозурия –0,75 %; Суточная протеинурия – 0,065 г/с

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 7.00 | 13.00 | 17.00 | 21.00 | 23.00 |
| 25.04 | 8,9 | 3,5 | 10,9 | 10,3 | 8,2 |
| 27.04 | 13,8 | 6,7 | 3,6 | 5,1 |  |
| 29.04 | 9,9 | 8,5 | 8,1 | 5,0 |  |
| 01.05 | 12,9 | 4,8 | 3,5 | 8,9 |  |
| 03.05 | 11,3 | 7,9 | 3,3 | 10,8 |  |
| 05.05 | 14,2 | 6,4 | 9,0 | 4,8 | 6,4 |
| 06.05 2.00-5,3 | 7,2 | 14,3 |  |  |  |
| 07.05 | 7,2 | 6,0 | 10,3 | 9,4 |  |

25.04Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I астеновегетативный с-м, цефалгический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Нарушение терморегуляции.

25.04Окулист: осмотр в ОИТ.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены неравномерно расширены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.05ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

05.05Кардиолог: ВПС, стеноз легочной артерии СН1. САГ II ст.

29.04.14 ФГ№ 77669 легкие и сердце без патологии.

30.04.14 Осмотр зав ЛОР отд ЗОКБ Раскина И.А.: Данных за хронический тонзиллит нет, очаговой хронической инфекции в системе ЛОР органов нет. В лечение у отолагинголога не нуждается.

07.05Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

29.04.14Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом в стадии ремиссии, артериальная гипертензия.

Гастроэнтеролог: Хр. холецистит в ст. нестойкой ремиссии, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. Хр. панкреатит с ферментативной недостаточностью функции подж. железы, с нарушением внешне и внутрисекреторной функции подж. железы. Хр. гастродуоденит с болевым и диспепсическим с-мом.

29.04Гинеколог: пр. Здорова

Лечение: альмагель, энтеросгель, кандесар, аспаркам, линекс, берлитион, реамбирин, реосорбилакт, трисоль, ново-пасит, адаптол, ККБ, эналаприл, Актрапид НМ, Протафан НМ , йогурт, рантак, гепарин,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Учитывая наличия у пациентки катаральных явлений, (заложенность носа) выписывается для дальнейшего лечения у терапевта по м/ж. При сохраняющейся гликемии более 7,5 ммоль/л натощак в течении месяца рекомендовано провести коррекцию дозы Протафан НМ эндокринологом по м\ж. С пациенткой проведена беседа о необходимости самоконтроля гликемия и ацетона мочи в амб. условиях.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 19-21ед., п/о- 6-8 ед., п/уж – 6-8ед., Протафан НМ 22.00 20-22ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р в 3 мес
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: дилтиазем ретард 90мг 1т\*2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Динамика ЭХО КС.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.,
9. Рек. невропатолога: ноофен 250 2-3р\сут до 2 нед.
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 с использованием АРА II. В связи с наличием у пациентки субфебрилитета в течении 3 лет показан осмотр иммунолога.
11. Рек. окулиста:, окювайт комплит 1т.\*1р/д.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В