#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1046

##### Ф.И.О: Тараненко Ольга Владимировна

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Запорожье, ул. Чумаченко 26-22

Место работы: н/р

Находился на лечении с 27.08.14 по 08.09.14 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, кетоацидозу, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние 1 ст. Артифакия OS.. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия II. Вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП I ст. Дискинезия желчевыводящих путей, перегиб желчного пузыря, хронический гепатоз, НФП 1 ст, с-м раздраженного кишечника по смешанному типу.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния, общую слабость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1983г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, склонность к ацетонурии. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимала различные виды инсулина. Отмечает плохую переносимость разных видов инсулина, кроме Хумолог. Настаивает на дробном введении этого вида инсулина. В наст. время принимает: Хумолог п/з- 11ед., п/о-10 ед., п/у- 8ед., 22.00 – 7 ед, 3.00 – 5 ед. Ухудшение состояния в течении недели, обратилась в ОКЭД самостоятельно. При обследовании от 27.08.14 гликемия 15,5, ацетон мочи 3+++.

Последнее стац. лечение в 01.2014г. Боли в н/к в течение 20 лет. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает фозикард. Госпитализирована ургентно в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.08.14 Общ. ан. крови Нв –166 г/л эритр –5,0 лейк –9,8 СОЭ –12 мм/час

э-3 % п- 1% с- 67% л- 27% м- 2%

28.08.14 хол – 4,75 тригл -1,86 ХСЛПВП -1,63 ХСЛПНП – 2,27Катер -1,9 мочевина –3,0 креатинин –114 бил общ – 10,8 бил пр – 2,7 тим – 2,5 АСТ –0,72 АЛТ –1,88 ммоль/л;

03.09.14бил общ – 16,9 бил пр – 4,0 тим – 1,4 АСТ –0,62 АЛТ –0,74 ммоль/л;

29.08.14 Амилаза – 43,4 Диастаза -81,7 (0-405) Ед/л

03.09.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

27.08.14 Гемогл –166 ; гематокр – 0,52 ; общ. белок – 79 г/л; К – 4,2 ; Nа – 148,1 ммоль/л

28.08.14 Гемогл –145 ; гематокр – 0,41 ; К – 4,6 ммоль/л

27.08.14 Са – 2,20 моль/л

27.08.14 Коагулограмма: вр. сверт. – 7 мин.; ПТИ –88,2 %; фибр –3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 105%; св. гепарин – 0\*10-4

29.08.14 Проба Реберга: Д- 4.2л, d- 2.91мл/мин., S- 1.47кв.м, креатинин крови- 79 мкмоль/л; креатинин мочи- 3240мкмоль/л; КФ- 140.45мл/мин; КР- 97.92 %

### 27.08.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –1-23 в п/зр белок – 0.098 ацетон –3+++; эпит. пл. - ум; эпит. перех. -ед в п/зр

С 01.09.14 ацетон - отр

28.08.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0.035

29.08.14 Суточная глюкозурия – 1.15%; Суточная протеинурия – 0.197

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.08 |  | 12,7 | 5,0 | 10,0 | 5,7 |
| 29.08 | 5,3 | 4,8 | 5,5 | 9,8 |  |
| 30.08 | 7,9 | 6,7 | 4,7 | 4,5 |  |
| 31.08 | 5,0 | 11,7 | 8,0 | 7,6 |  |
| 01.09 | 3,8 |  |  |  |  |
| 02.09 | 6,7 | 5,2 | 7,3 | 5,7 |  |

29.08Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия II. Вестибуло-атактический, цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

27.08Окулист: осмотр в ОИТ

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

02.09ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево. Позиция полугоризонтальная. С-м ранней реполяризации желудочков.

05.09.Гастроэнтеролог: дискинезия желчевыводящих путей, перегиб желчного пузыря, хронический гепатоз, НФП 1 ст, с-м раздраженного кишечника по смешанному типу.

02.09.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.09РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

01.09УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела.

03.09.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9 см3; лев. д. V =6,0 см3

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

Лечение: Хумолог, диалипон, альмагель, энтеросгель, ККБ, рантак, фуросемид, фозикард.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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: Хумолог п/з- 11ед., п/о-10 ед., п/уж -8 ед., 23.00 7 ед. 4.00 – 6 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Конс кардиолога по м\ж.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
9. Рек. невропатолога: актовегин 10,0 в/в № 10, глиятилин 4 л в/м № 10, витамины гр В.
10. Рек. окулиста: эмоксипин 0,5 парабульбарно № 10
11. Рек. гастроэнтеролога: соблюдать диету режим питания, стол № 9 легалон – 70 1т 2р\д 1 мес, урсолив 1к на ночь 1 мес, контр печ. проб после лечения.
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.