#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 819

##### Ф.И.О: Полторецкая Наталья Валентиновна

Год рождения: 1983

Место жительства: Акимовский р-н, пгт Акимовка, ул Революционная, 103

Место работы: Акимовская ЦРБ, медсестра ОАИТ.

Находился на лечении с 01.07.14 по 11.07.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. С-м вегетативной дисфункции кардиоваскуляная форма. Язвенная болезнь, а/фаза. Хронический гастродуоденит с болевым с-м в стадии нестойкой ремиссии. Рубцовая деформация луковицы 12 п кишки.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 3 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г в кетоацидотическом состоянии. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. С 2003 - Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-4 ед., п/о-20 ед., п/у- 15ед., Протафан НМ 22.00 – 30 ед. Гликемия –8,0-4,5-5,0 ммоль/л. НвАIс – 10,8 % от 16.05.14. Последнее стац. лечение в 2011г. АТТПО – 8,0(0-30) МЕ/мл ; ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/л АТТГ – 10,0 (0-100) МЕ/л от 2011. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.07.14 Общ. ан. крови Нв –122 г/л эритр –3,7 лейк –5,4 СОЭ – 9 мм/час

э- 0% п- 0% с- 61% л- 34% м5- %

02.07.14 Биохимия: СКФ –62,19 мл./мин., хол –6,11 тригл -1,46 ХСЛПВП -1,79 ХСЛПНП -3,65 Катер -2,4 мочевина –2,6 креатинин –99 тим – 3,4 АСТ –0,32 АЛТ –0,22 ммоль/л;

04.07.14 бил общ – 8,9, бил пр – 2,2 тим – 2,6 , АСТ – 0,22 АЛТ – 0,27.

04.07. ТТГ –0,6 (0,3-4,0) Мме/л

### 02.07.14 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,020 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - в п/зр

08.07.14 кал на я/г - отр

04.07.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр -250 белок – отр

03.07.14 Суточная глюкозурия – 3,4%; Суточная протеинурия – 0,026

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.07 | 5,7 | 8,1 | 10,3 | 8,0 | 3,4 |
| 03.07 2.00-8,9 | 13,0 |  |  |  |  |
| 04.07 | 9,8 | 7,9 | 2,7 | 16,0 |  |
| 06.07 | 10,8 | 9,5 | 10,1 | 4,5 | 7,8 |
| 07.07 2.00-10,4 | 14,6 |  |  |  |  |
| 08.07 | 7,5 | 11,9 | 5,1 | 3,2 |  |
| 10.07 | 8,0 | 5,4 | 4,3 | 4,8 |  |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. С-м вегетативной дисфункции кардиоваскуляная форма.

Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,4

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

01.07ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. С-м укороченного PQ.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.07.14 Р-скопия ЖКТ: Рубцовая деформация ЛДПК. Хронический гастродуоденит. Хронический панкреатит.

08.07.Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, солевой диатез.

07.05Гастроэнтеролог: Язвенная болезнь, а/фаза. Хронический гастродуоденит с болевым с-м в стадии нестойкой ремиссии. Рубцовая деформация луковицы 12 п кишки.

10.07РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

02.07Допплерография: ЛПИ справа –1,05 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

04.07УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; микролитов в почках.

10.07УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,1 см3; лев. д. V =4,5 см3

Перешеек –0,33 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Тиогамма, мильгамма, медитан, розувастатин, ноофен, Актрапид НМ, Протафан НМ, армадин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-2-4 ед., п/о- 20-22ед., п/уж -11-13 ед., Протафан НМ 22.00 34-36 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.
5. Рек. невропатолога: ноофен (бифрен) 3р/д. .
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
7. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Канефрон 2т. \*3р/д.
8. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
9. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, омепразол 20 мг1к. \*2р/сут. за 10 мин. до еды 2 нед; Де-нол или Вис-нол по 2т 2р\д за 30 мин до еды, маалокс по 1пак 3р\д Б/л серия.
10. АГВ № 234468 с 01.07.14 по 11.07.14. К труду 12.07.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.