#### КУ «ОКЭндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни №1619

##### Ф.И.О: Грищенко Анастасия Алексеевна

Годрождения:1989

Место жительства: Запорожье, ул. Чумаченко, 25 кв 55

Место работы: КУ «Запорожский областной специализированный дом ребенка «Солнышко»

Находился на лечении с 09.12.13 по 20.12.13 в диаб. отд.

Диагноз:Сахарный диабет, тип 1,тяжелая форма со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая пролиферативная ретинопатия, артифакия, тракционно-регматогенная отслойка сетчатки OS. Диабетическая пролиферативная ретинопатия, артифакия, состояние после витерэктомии ОД. Диабетическая нефропатия IV. ХБП 1 ст Хроническая дистальная полинейропатия н/к II,сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н\к. Аутоиммунный тиреоидит без увеличения объема щитовидной железы. Эутиреоидное состояние. Хронический вирусный гепатит «С». Метаболическая кардиомиопатия.

Жалобы при поступлениина сухость во рту, жажду,частые гипогликемические состояния, прогрессирующие ухудшение зрения, боли в стопах, судороги.

Краткий анамнез: СД выявлен в2004г. Течение заболевания лабильное , в анамнезе частые гипогликемические состояния, вплоть до ком, последняя в 2010. Постоянно инсулинотерапия Актрапид НМ, Протофан НМ. В 2011 в связи с частыми гипогликемическими состояниями и прогрессирующим снижением зрения в усл эндокриндиспансера переведена на Лантус. В 2013 Актрапид НМ заменен на Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 22ед., п/о-7-8 ед., п/у- 5-6ед.,Лантус п\з – 42 ед. Прогрессирующее ухудшение зрения рецедив. гемофтальм ОИ, витерэктомия ОД. Лазеркоагуляция сетчатки, тракционная отслойка сетчатки OS с 12.2012. В 2004 флегмона лев. стопы.В 2012 – трофическая язва левой стопы, находилась на лечении в хир. отделении 3 ГБ, трофическая язва зажила. В 2013 выявлен АИТ: АТТГ – 171 МЕ\мл(0-100) АТТПО – 27,1 МЕ/мл (0-30), ТТГ 0,8 мме\л (0,3-4,0). С 2004 выявлен хронический гепатит С. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, леченияхр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.12.13 Общ. ан. крови Нв – 127 г/л эритр – 4 лейк – 5,8 СОЭ –26 мм/час

э- 1% п- 4% с- 40% л-50 % м-5 %

11.12.13 Биохимия: СКФ – 99 мл/мин хол –6,17 тригл -1,94 ХСЛПВП -1,81 ХСЛПНП -3,48 Катер -8,4 мочевина –7,1 креатинин – 88 бил общ –11,8 бил пр –2,7 тим –3,7 АСТ – 0,63 АЛТ – 1,29 ммоль/л;

04.12.13 Глик. гемоглобин -10,9 %

11.12.13 Анализ крови на RW- отр

20.12.13ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/л

### 10.12.13 Общ. ан. мочи уд вес мм лейк –2-4 эрит ед. в п/зр белок – 0,7 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр; цил 0-1 в п\зр, оксалаты

12.12.13 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр 1000 белок – 0,711

20.12.13 Суточная глюкозурия – 2,3%; Суточная протеинурия – 0,674 г/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 11.12 | 2,8 | 4,5 | 8,7 | 6,8 |
| 12.12 2.00-8,0 | 11,3 |  |  |  |
| 15.12 | 6,0 | 6,9 | 7,2 | 6,0 |
| 18.12 | 10,3 | 8,6 | 5,1 | 3,1 |
| 19.12 | 7,8 |  |  |  |

10.12.13Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/к II, сенсомоторная форма.

10.2013 Окулист( центр микрохирургии глаза г. Киев): VIS OD=0,4 н\к OS= Pr.l. cеntrаe ; ВГД OD= 17 OS=14

Д-з: Диабетическая пролиферативная ретинопатия, артифакия, тракционно-регматогенная отслойка сетчатки OS. Диабетическая пролиферативная ретинопатия, артифакия, состояние после витерэктомия ОД.

09.12.13ЭКГ:ЧСС -100уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый, тахикардия. Эл.ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка.

19.12.13ЭКГ:ЧСС -100уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый, тахикардия. Эл.ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

19.12.13Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН1

10.12.13Ангиохирург:Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.12.13РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

Лечение: Эпайдра Лантус, актовегин, эспа-липон, актовегин.

Состояние больного при выписке:СД субкомпенсирован, сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к, АД 120/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога,уч. терапевтапо м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка всут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия Эпайдра п\з 22-24 ед, п/о – 7-9 ед, п\у – 4-6 ед. Лантус п/з 42-44 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, СКФ, креатинина.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы. При недостаточном эффекте трайкор 145 мг утром. Контр липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия:вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес.– курсами.
7. Эналаприл 2,5-5 мг утр, кардиомагнил 75 мг 1р\д, кардонат 1т 3р/д 1 мес. Контр АД.
8. УЗИ щит железы, ТТГ 1р в год.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
10. 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.
11. Б/л серия. АГВ № 234180 с 09.12.13 по 20.12.13. к труду 21.12.13.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.