#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1060

##### Ф.И.О: Филенко Антонина Владимировна

Год рождения: 1978

Место жительства: г. Запорожье ул. Заднепровская 29-2

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 03.09.15 по 16.09.15 в энд. отд. (ОИТ 03.09.15-14.09.15)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и кетоацидозу, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние 1. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м. Вертеброгенная цервикалгия, умеренный болевой с-м. Метаболическая кардиомиопатия, с-м умеренной PQ СН 0-1. ГБ II ст. СПКЯ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая - 2007. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимала различные виды инсулина. С 2007 переведена на Эпайдра Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-7 ед., п/о- 6ед., п/у- 7ед., Лантус 22.00 – 7 ед. Гликемия –2,5-31,0 ммоль/л. НвАIс – 8,05 % от 18.08.15. Последнее стац. лечение в 2009г. Боли в н/к в течение 15 лет. Повышение АД в течение 6 лет. Из гипотензивных принимает индапрес. Ухудшение состояния в течении 3 дней, получала стац лечение в т/о 9-й гор. больницы с 01.09.15-03.09.15 (выписной эпикриз № 2330 прилагается), переведена в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.09.15 Общ. ан. крови Нв – 138 г/л эритр –4,3 лейк – 5,5 СОЭ –8 мм/час

э- 4% п- 2% с- 60% л- 22 % м- 12%

04.09.15 Биохимия: СКФ –56,4 мл./мин., хол –4,92 тригл -0,92 ХСЛПВП -1,34 ХСЛПНП -3,1 Катер -2,7 мочевина – 3,2 креатинин – 98 бил общ – 14,1 бил пр –3,5 тим – 2,0 АСТ – 0,16 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

04.09.15 Амилаза – 50 ед/л

04.09.15 Гемогл – 138 ; гематокр – 0,44 ; общ. белок – 70,7 г/л; К – 3,4 ; Nа – 133 ммоль/л

06.09.15 К – 4,6 ммоль/л;

09.09.15 К – 4,5 ммоль/л;

11.09.15 К- 4,4 ммоль/л;

05.09.15 Коагулограмма: вр. сверт. –6 мин.; ПТИ – 84,3%; фибр – 103 г/л; фибр Б – отр; АКТ –2\*10-2 %; св. гепарин –

06.09.15 Проба Реберга: Д-3,6 л, d-2,5 мл/мин., S-1,5 кв.м, креатинин крови-132 мкмоль/л; креатинин мочи- 4015мкмоль/л; КФ- 87,7мл/мин; КР- 97,1 %

### 04.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,146 ацетон –4++++; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - в п/зр

С 12.09.15 ацетон - отр

05.09.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500эритр - белок – 0,056

06.09.15 Суточная глюкозурия – 1,69%; Суточная протеинурия – 0,180

10.09.15 Анализ очи по Зимницким: Дн. д. 1,8; ночн. д. – 1,9; сут д. – 3,7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Часы | Удельный вес | К-во молчи (л) |
| 1 | 6.00-9.00 | 1020 | 0,75 |
| 2 | 9.00-12.00 | 1023 | 0,4 |
| 3 | 12.00-15.00 | 1015 | 0,35 |
| 4 | 15.00-18.00 | 1013 | 0,3 |
| 5 | 18.00-21.00 | 1012 | 0,25 |
| 6 | 21.00-24.00 | 1015 | 0,3 |
| 7 | 24.00-3.00 | 1007 | 0,4 |
| 8 | 3.00-6.00 | 1013 | 0,95 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 03.09 |  | 9,8 |  |  |  |
| 05.09 | 15,6 | 13,8 | 15,8 | 4,3 | 4,8 |
| 07.09 | 10,6 | 2,9 | 14,4 | 9,0 |  |
| 09.09 2.00-2,7 | 12,0 | 9,5 | 6,7 | 7,4 |  |
| 11.09 2.00-7,5 | 8,8 | 6,0 | 2,7 |  | 5,3 |
| 13.09 | 7,8 | 6,3 | 8,7 | 8,4 |  |
| 14.09 | 6,1 |  | 7,1 | 9,2 |  |
|  |  |  |  |  |  |

03.09.15Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вертеброгенная цервикалгия, умеренный болевой с-м.

04.09.15Окулист: (осмотр в ОИТ.)

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. В ОД по ходу сосудов пастозность. В OS геморрагии. В ОИ множественные лазеркоагулянты. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.09.15ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. С-м укороченного PQ.

04.09.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия с-м умеренной PQ СН 0-1. ГБ II ст.

04.09.15Гинеколог: СПКЯ

07.09.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; фиброзирования поджелудочной железы. Учитывая нарушение менструального цикла, плотную капсулу с наличием жидкостных образований создается впечатлено наличия склерокистоза яичников.

10.09.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,1 см3; лев. д. V = 4,3 см3

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

Лечение: мидокалм, витаксон, энтеросгель, альмагель, бисопролол, адаптол, оптикс, аспаркам, йогурт, реосорбилакт, трисоль, Эпайдра, Лантус, церукал, фенигидин, ККБ, диалипон, актовегин, мидокалм, витаксон, пирацетам.

Состояние больного при выписке:. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/60 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: Эпайдра п/з-4-6 ед., п/о- 5-7ед., п/уж -5-7 ед., Лантус 22.00 10-12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 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: бисопролол 5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, суточный мониторинг по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
11. 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.