#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 614

##### Ф.И.О: Коваль Анна Викторовна

Год рождения: 1989

Место жительства: Акимовский р-н, пгт. Кириловка, Первомайская 10

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 14.05.15 по 22.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. сенсорная форма. Синдром Прадера – Вилли. Первичный гипогонадизм. Аменорея I. Энцефалопатия сочетанного генеза (резидуальная, дисметаболическая), умственная отсталость, задержка психического развития. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Сходящееся косоглазие ОД. Ожирение III ст. (ИМТ 44 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног,

повышение АД макс. до 160/80 мм рт.ст., одышка при физ нагрузке,боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г во время прохождения комиссии перед МСЭКом по основному заболеванию. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 12ед., п/о- 12ед., п/у- 12ед., Протафан НМ п/з 22 ед.,22.00 20 ед. Гликемия –12,8 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2011г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает лизиноприл 10 утр., бисопролол 5 мг. В 2007г в генетическом центре г. Кривой Рог установлен диагноз : Синдром Прадера – Вилли. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.05.15 Общ. ан. крови Нв – 163 г/л эритр – 4,8 лейк –6,7 СОЭ – 24 мм/час

э- 3% п- 3% с-57 % л- 32% м- 5%

15.05.15 Биохимия: СКФ –145 мл./мин., хол –6,15 тригл -1,57 ХСЛПВП -1,25 ХСЛПНП -4,18 Катер -3,9 мочевина –3,2 креатинин – 75,6 бил общ –11,0 бил пр –2,7 тим – 0,64 АСТ –0,40 АЛТ – 0,27 ммоль/л;

15.05.15 ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/л

15.05..15 К – 4,8 Na – 240 Са – 2,1 ммоль/л

### 15.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – ½ в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – на все; эпит. перех. - ед в п/зр

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

18.05.15 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 22.05.15 Микроальбуминурия – мг/сут (взята )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.05 | 6,1 | 11,9 | 7,1 | 6,7 | 6,9 |
| 17.05 | 5,5 | 10,7 | 10,9 | 4,9 |  |
| 19.05 | 4,0 | 6,4 | 10,1 | 10,0 |  |
| 20.05 |  |  | 8,6 | 6,3 |  |

14.05.15Невропатолог: Энцефалопатия сочетанного генеза (резидуальная, дисметаболическая), умственная отсталость, задержка психического развития. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. сенсорная форма.

18.05.15Окулист: осмотр в палате

ОД отклонен кнутри. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Артерии сужены. Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Сходящееся косоглазие ОД.

14.05.15ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

19.05.15Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце . Риск 4.

18.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.05.15 Осморт ас.каф. терапии, к.м.н. Ткаченко О.В.: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. сенсорная форма. Синдром Прадера – Вилли. Первичный гипогонадизм. Аменорея I. Энцефалопатия сочетанного генеза (резидуальная, дисметаболическая), умственная отсталость, задержка психического развития. Гипертоническая болезнь II стадии II степени. Гипертензивное сердце . Риск 4. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Сходящееся косоглазие ОД. Ожирение III ст. (ИМТ 44 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

15.05.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

15.05.15 ФГ ОГК№ 86948: без патологии

15.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7 см3; лев. д. V = 4,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма турбо, актовегин, бисопролол, нейрорубин.

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, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 14-16 ед., п/о- 12-14ед., п/уж -10-12 ед., Протафан НМ п/з – 22-24 ед ., 22.00 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: эналаприл 5-10 мг \*1р/д., бисопролол 2,5-5 мг\*1р/сут, Контроль АД, ЭКГ.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контроль ТТГ 1 р в 6 мес.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

/Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.