#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 749

##### Ф.И.О: Редькина Ольга Николаевна

Год рождения: 1982

Место жительства: Ореховский р-н, с. Юрковка, ул. 50л Октября.

Место работы: инв Iгр.

Находился на лечении с 27.05.13 по 07.06.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Преретинальный фиброз ОИ. Тракционная отслойка сетчатки ОИ. Авитрия OS.Зрелая катаракта OS. Диабетическая нефропатия V ст.в сочетании с инфекцией мочевывыводящих путей и аномалией развития мочевыделительной системы – удвоение левой почки, ХПН 0-1. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная полинейропатия н/к IIст, смешанная форма Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние. САГ Ш ст Гипертензивное сердце СН 0-1.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния в различное время суток, отсутствие зрения ОИ, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/100мм рт.ст., общая слабость, быстрая утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы в детстве 2010 кетоацидотическое состояние. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 6ед., п/о-5 ед., п/у- 6ед., Протафан НМ 22.00 19-20 ед. Гликемия –5,0-10,0 ммоль/л. НвАIс -8 %(06.2012). Последнее стац. лечение в 2012г. Прогрессирующие ухудшение зрения с 2009г, витерэктомия, тракционная отслойка сетчатки ОИ. Диабетическая нефропатия с 2008г, ХПН после беременности родов с 2009г.Диффузный зоб в анамнезе. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.05.13Общ. ан. крови Нв –121 г/л эритр –3,8 лейк –4,7 СОЭ –8 мм/час

э-1 % п-0 % с- 66% л- 30 % м- 3%

28.05.13Биохимия: СКФ –47,8 мл./мин., хол –4,1 тригл 1,02- ХСЛПВП -1,7 ХСЛПНП -1,93Катер 1,41 мочевина –7,3 креатинин –150,8 бил общ –14,2 бил пр –4,1 тим –1,29 АСТ –0,18 АЛТ –0,30 ммоль/л;

03.06.13 СКФ 46,3 креатинин 157,0 мкмоль/л

28.05.13Анализ крови на RW- отр

31.05.12 ТТГ –2,5 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –72,6 (0-30) МЕ/мл

31.05.13К – 4,6 ; Nа – 136 ммоль/л

### 28.05.13Общ. ан. мочи уд вес м.м лейк –1/2 в п/зр белок – 0,194 ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

3005.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -101250 эритр - белок – 0,164

03.06.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -20000 эритр - белок – 0,116

29.05.13Суточная глюкозурия – 0,714 %; Суточная протеинурия –0,314 отр

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.05 | 12,2 | 9,2 | 7,2 | 5,3 |  |
| 30.05 |  |  |  |  | 4,1 |
| 31.05 2.00-5,9 | 8,3 | 5,9 | 6,7 | 3,9 |  |
| 03.06 | 4,1 | 5,2 | 10,0 | 14,4 |  |
| 06.06 | 7,5 | 4,7 | 9,0 | 3,7 | 5,0 |

Невропатолог: Хроническая дистальная полинейропатия н/к IIст, смешанная форма

Окулист: Осмотр в палате

Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Преретинальный фиброз ОИ. Тракционная отслойка сетчатки ОИ. Авитрия OS.Зрелая катаракта OS.

27.05.13ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: САГ Ш ст Гипертензивное сердце СН 0-1.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП III ст.: аномалия развития мочевыделительной системы – удвоение левой почки, пиелонефрит, диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

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

27.05.13Гинеколог : Осмотрена.

30.05.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в н/3 тела, застоя в ж/пузыре, кальцинатов в селезенке, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, удвоения левой почки, умеренных изменений диффузного типа в паренхиме левой почки.

29.05.13УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,1см3; лев. д. V =8,1 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы несколько снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма турбо, мильгамма, лозап, амлодипин, нормазе, энтеросгель, левофлоксацин, амоксиклав 825/125, диакордин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. уменьшилась лейктоцитурия.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 6-8 ед., п/о-5-7 ед., п/у- 3-4ед., Протафан НМ 22.00 19-20 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: лозап 50 -100 мг/сут, дилтиазем ретард 90мг \*2р/д. Контроль АД. Дообследование: ЭХО КС.
8. Эналаприл 5 мг утром,амлодипин 10 мг/сут, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес. или мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: кортексин 10 мг в/м № 10, нуклео ЦМФ 2,0 в/в 1т. \*2р/д 20 дней, актовегин 10,0 в/в струйно № 5.
11. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
12. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
13. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль с определение размеров почек 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или АРАII, проведение курса антибактериальной терапии: цефикс 400 мг 1т/сут, флуканозол 50 мг сут 10-14 дней, контроль анализов мочи в динамике. Канефрон 2т. \*3р/д. 3-4 р/год
14. Рек. окулиста: Хирургическое лечение и медикаментозная терапия бесперспективны.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.