#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 878

##### Ф.И.О: Редько Валентина Ивановна

Год рождения: 1953

Место жительства: Запорожье 40л. Победы

Место работы: ЗНУ Зав, практикой.

Находился на лечении с 27.06.13 по 10.07.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Авитрия OS. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая энцефалопатия I цереброастенический с-м. Хр. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к. II-IIIст, смешанная форма, трофическая язва левой стопы. Диабетическая нефропатия V ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. САГ II ст. Анемия хронического больного.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 2,5 кг за 2 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100мм рт.ст., головные боли, частые гипогликемические состояния в ночное время, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1988г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 4ед., п/о- 8ед., п/у-6 ед., Левемир 22.00 8-10 ед. Гликемия –3,1-11,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. Боли в н/к в течение 10лет. Повышение АД в течение 11лет. Из гипотензивных принимает физиотенс. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.07.13Общ. ан. крови Нв –106 г/л эритр – 3,4 лейк – 5,7 СОЭ – 48 мм/час

э-4 % п- 0% с- 66 % л- 24 % м- 6%

01.07.13Биохимия: СКФ –28,5 мл./мин., хол –4,0 тригл -2,9 ХСЛПВП -1,27 ХСЛПНП -1,41 Катер – 2,1мочевина –16,2 креатинин –221 бил общ –9,2 бил пр – 2,2 тим – 2,2 АСТ – 0,10 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

09.07.13 Креатинин 286 мочевина 15,9

03.07.13Глик. гемоглобин – 10,3%

### 02.07.13Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 3-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ;у эпит. перех. – ед в п/зр

03.07.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -23250 эритр - цилиндры – 4 белок 0,168

09.07.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр – 0 цилиндры 3 белок 0,211

03.07.13Суточная глюкозурия – 1,04%; Суточная протеинурия – 0,32г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.06 | 7,7 | 5,8 | 5,6 | 12,8 |  |
| 30.06 | 13,4 | 9,3 | 7,7 | 14,4 |  |
| 03.07 | 13,9 | 13,8 | 12,6 | 12,7 |  |
| 05.07 | 14,3 | 15,0 | 7,2 | 5,4 |  |
| 06.07 | 19,9 | 10,6 |  |  |  |
| 08.07 | 12,9 | 5,6 |  |  |  |
| 10.07 | 9,4 |  |  |  |  |

Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I цереброастенический с-м. Хр. Дистальная диабетическая полинейропатия н/к. II-IIIст, смешанная форма, трофическая язва левой стопы.

Окулист: VIS OD=0,6 OS=0,1 ; ВГД OD= 20 OS=19

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, экссудативные очаги. Множественные лазеркоагулянты. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Авитрия OS. Состояние после лазеркоагуляции сетчатки ОИ.

04.07.13ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

Кардиолог: САГ II ст.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия.

Гематолог: Анемия хронического больного.

02.07.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени без признаков портальной гипертензии; перегиба ж/пузыря в области шейки, множественных мелких конкрементов в желчном пузыре на фоне застоя, фиброзирования поджелудочной железы, изменений диффузного типа в паренхиме правой почки.

Лечение: Новорапид, левемир, келтикан, физиотенс, норфлоксацин, тиогамма турбо, тивортин, актовегин, нейрорубин, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/75 мм рт. ст. Явления пиелонефрита купированы. На месте трофической язвы эпителизация.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, гематолога, хирурга, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з 8-10 ед., п/о-6-8 ед., п/у-3-5 ед., Левемир 22.00 9- 11 ед
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., СКФ, показателей азотемии, протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Рек. кардиолога: физиотенс 0,2-0,4 мг. Контроль АД, ЭКГ.
7. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
8. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
9. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ.
10. Рек. гематолога: контроль сывоторочного железа 1р в 2 мес, тардиферон 1т./д. утр. 2 нед., контроль ан. крови Reglucol 1 т. перед едой запивая 1 ст. воды. Контроль эпобиокрина крови
11. Рек. нефролога: продолжить гипотензивную терапию физиотенсом. Фозикарт 5 мг 2р/д под контролем АД и уровнем калия крови. Канефрон 2т 3р.д курсаи. Препараты железа. Монурал 1 п 1р/нед № 3.
12. Наблюдение хирурга по м/ж.
13. 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.
14. Б/л серия. АБЖ № 503962 с 27.06.13 по 10.07.13. К труду 11 .07.13г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Гура Э. Ю.

Нач. мед. Костина Т.К.