#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1361

##### Ф.И.О: Педан Анна Васильевна

Год рождения: 1980

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольнянск ул. Чкалова 55

Место работы: КУ ЗОК «Онкодиспансер» ЗОС, медсестра

Находился на лечении с 03.11.14 по 18.11.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Астеновегетативный с-м. ВПС. Состояние после перевязки Баталового протока (1983). ПМК II ст, с регургитацией II ст. Стеноз легочной артерии СН1 Ф.К II . Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 4 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, сонливость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ, Микстард НМ. С 2012 в связи с декомпенсацией переведена на дробную схему Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 14ед., п/о- 6ед., п/у-6-7 ед., Протафан НМ 22.00 – 20 ед. Гликемия –12,0-6,0-1,5 ммоль/л. НвАIс -9,4 % от 05.09.14. Последнее стац. лечение в 04.2014г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.11.14 Общ. ан. крови Нв – 129 г/л эритр – 4,0 лейк – 5,7 СОЭ –5 мм/час тромб – 180

э- 1% п- 0% с- 56% л- 36% м- 7%

04.11.14 Биохимия: СКФ –64 мл./мин., хол – 4,0тригл -1,72 ХСЛПВП -1,19 ХСЛПНП – 2,02Катер -2,4 мочевина – 5,0 креатинин – 108 бил общ –11,8 бил пр – 2,9 тим –2,0 АСТ – 0,69 АЛТ –0,42 ммоль/л;

10.11.14 АСТ – 0,72 АЛТ – 0,74

07.11.14 К – 3,9 Na- 139,8 ммоль/л

14.11.14 Са – 2,36

04.11.14 Анализ крови на RW- отр

11.11.14 СРБ – отр

07.11.14ТТГ – 4,9 (0,3-4,0) Мме/л

14.11.14 Св Т4 – 16,3 (10-25) пмоль/л

### 04.11.14 Общ. ан. мочи уд вес 1024 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. – у в п/зр

06.11.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000 эритр - белок – отр

05.11.14 Суточная глюкозурия – 1,7%; Суточная протеинурия – отр

##### 07.11.14 Микроальбуминурия –35,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.11 | 10,0 | 12,7 | 6,8 | 5,8 |  |
| 06.11 | 7,6 | 7,6 | 3,8 | 5,6 | 3,7 |
| 07.11 | 6,3 |  |  |  |  |
| 09.11 2.00-3,8 | 9,4 | 7,9 | 7,2 | 3,7 | 3,8 |
| 11.11 2.00-2,8 | 8,7 | 10,1 | 5,9 | 4,2 |  |
| 13.11 | 5,3 | 4,9 | 6,0 | 10,7 |  |
| 14.11 |  |  | 10,6 |  |  |
| 15.11 | 7,1 | 10,3 | 4,4 | 8,3 |  |
| 17.11 | 7,4 | 6,2 | 10,4 | 6,6 |  |
| 18.11 | 5,7 |  |  |  |  |

05.11.14Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Астеновегетативный с-м. ВПС

10.11.14Окулист: VIS OD= 0,1 с кор 0,9 OS= 0,1 с кор 0,8 ;

Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.11.14ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

05.11.14Кардиолог: ВПС. Состояние после перевязки Баталового протока (1983). ПМК II ст, с регургитацией II ст. Стеноз легочной артерии СН1 Ф.К II .

12.11.14 на р-гр коленных суставов без костно-деструктивных изменений.

04.11.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.11.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

10.11.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, желчный пузырь удален, кальцинатов в селезенке, функционального раздражения кишечник, повышения подвижности правой почки.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, Новорапид, Левемир, берлитион, витаксон, актовегин, тиотриазолин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно, больной переведен на Новорапид, Левемир.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-6-8 ед., п/о- 0-2ед., п/уж – 2-4ед. Левемир 22.00 18-20 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., тиотриазолин 200мг \*3р/д.Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС 1р\год.
4. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: глиятон 1000 в/м № 10.
6. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, св Т4 ч/з 2 мес с послед конс эндокринолога.
7. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
8. С больным 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.
9. Б/л серия. АГВ № 234622 с 03.11.14 по 18.11.14. К труду 19.11.14г.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.