#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1183

##### Ф.И.О: Никитина Татьяна Александровна

Год рождения: 1980

Место жительства: г. Запорожье, ул. Авраменко 18-155

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 26.09.14 по 09.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая энцефалопатия II, цереброастенический с-м, легкие когнитивные расстройства. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II. Диабетическая нефропатия IV. Анемия хронического больного легкой степени тяжести. Осложненная миопия ОИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, онемение ног, повышение АД макс. до 140/90 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2012 в связи с частыми гипогликемическими состояниями в условиях эндокриндиспансера переведена на Лантус, Эпайдру. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-8 ед., п/о- 8-12ед., п/у- 6-8 ед., Лантус 22.00 8-12ед. Гликемия –3,0-11,9 ммоль/л. диабетическая нефропатия с 2010г в виде протеинурии, усугубилось на фоне беременности, родов. С 2012 повышение уровня креатинина. С 2010 диффузные изменения щитовидной железы. 2010 – АТТПО -22 МЕ/мл (0-30). Последнее стац. лечение в 2013г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.09.14 Общ. ан. крови Нв – 104 г/л эритр – 3,3 лейк –5,3 СОЭ – 37 мм/час

э-4 % п- 2% с- 68% л- 20 % м-6 %

08.10.14 Общ. ан. крови Нв – 99 г/л эритр – 3,2 лейк –7,8 СОЭ – 35 мм/час

э- 2% п-2 % с- 74% л- 19 % м-3 %

25.09.14 Биохимия: СКФ –62,4 мл./мин., хол –6,15 тригл -2,10 ХСЛПВП -1,63 ХСЛПНП – 3,56Катер -2,8 мочевина –7,4 креатинин –132 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим –5,5 АСТ – 0,13 АЛТ –0,13 ммоль/л; бил общ – 58 г/л

02.10.14Сыворотоное железо 21,8 мкмоль/л

26.09.14ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/л

26.09.14 К – 4,4 ; Nа – 140,5 Са – 2,1 ммоль/л

### 25.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк –2-3 в п/зр белок – 1,02 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

29.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр -250 белок – 0,776

26.09.14 Суточная глюкозурия – 0,31 %; Суточная протеинурия – 2,3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.09 | 6,1 | 7,1 | 4,8 | 3,9 | 3,0 |
| 26.07 7.00-2,6 | 8,1 |  |  |  |  |
| 29.09 | 4,8 | 12,2 | 4,6 | 4,0 | 5,7 |
| 01.10 | 4,0 | 2,0 | 4,5 | 3,4 | 6,7 |
| 03.10 | 5,7 | 12,9 | 3,5 | 12,6 |  |
| 06.10 |  | 5,3 | 3,1 |  |  |
| 08.10 | 3,9 |  |  |  |  |

25.09.14Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия II, цереброастенический с-м, легкие когнитивные расстройства. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

25.09.14Окулист: VIS OD= 0,1 с кор 0,4 OS= 0,1 с кор 0,8

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

24.09.14ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Высокий зТ V3-V4

03.10.14 На р-гр правого коленного сустава в 2х проекциях: без костно-деструктивных изменений.

08.10.14 Гематолог: Анемия хронического больного легкой степени тяжести

25.09.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

30.09.14РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

30.09.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки.

24.09.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8см3; лев. д. V = 7,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые. Эхогенность паренхимы местами снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиогамма, турбо тивортин, мильгамма, рибоксин, глиатинин, диклофенак, фозикард, кардиомагнил

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

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-8-10 ед., п/о-6-8 ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 22.00 28-30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Фозикард 5-10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: глиятилин 1к 2р/сут 1 ммес, бифрен 25 мг за 30 мин до еды 2-3 р/сут 1 мес.
10. Рек гематолога: тардиферон гино 1т 2р\д 1 мес, нейрорубин форте 1т 1р\сут мес.
11. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
12. 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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл врач Черникова В.В.