#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1063

##### Ф.И.О: Доброхлеб Анастасия Витальевна

Год рождения: 1986

Место жительства: Токмакский р-н, г. Молочанск, ул. Седовая 29

Место работы: н/р, инв IIгр.

Находился на лечении с 01.09.14 по 15.09.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая нефропатия IV ст. ХБП III ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма, субклиническое течение. С-м вегетососудистой дистонии. САГ 1. Обострение правостороннего СООФ. Цервицит. Бактериальный вагиноз. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щитовидной железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая 2005. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/о-5 ед., п/у- 5ед., Протафан НМ 22.00 – 13 ед. Гликемия –2,0-15,0 ммоль/л. НвАIс -4,8 % от 16.07.14 . Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает фозикард 5 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.09.14 Общ. ан. крови Нв –137 г/л эритр –4,2 лейк – 6,3 СОЭ 13 мм/час

э-0 % п- 4% с- 73% л- 17% м-6 %

02.09.14 Биохимия: СКФ –39,55 мл./мин., хол –5,14 тригл -2,55 ХСЛПВП – 1,25 ХСЛПНП -1,25 Катер -3,1 мочевина –10,2 креатинин – 156 бил общ –9,0 бил пр –2,2 тим –8,0 АСТ –0,26 АЛТ –0,16 ммоль/л;

08.09.14 Мочевина – 10,6 креатинин -196 мкмоль/л

12.09.12 СКФ – 33,17 мочевина – 6,8 креатинин 186 мкмоль/л

02.09.14 Анализ крови на RW- отр

05.09.14ТТГ –2,9 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –290,2 (0-30) МЕ/мл

08.09.14 Коагулограмма: вр. сверт. – мин.; ПТИ – 113,6 %; фибр –3,6 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

### 03.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,76 ацетон –отр; эпит. пл. – до 50; эпит. перех. -ум в п/зр

04.09.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр -500 белок – 0,396

03.09.14 Суточная глюкозурия – 0,47%; Суточная протеинурия – 0627

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 02.09 | 15,1 | 3,9 | 11,2 | 8,4 |  |
| 03.09 2.00-5,2 | 14,6 | 12,4 |  |  |  |
| 05.09 | 15,9 | 16,3 | 3,7 | 4,9 | 5,8 |
| 07.09 | 16,8 |  |  |  |  |
| 08.09 | 9,0 | 7,2 | 3,5 | 12,1 | 10,2 |
| 10.09 | 9,8 | 7,7 | 3,8 | 8,2 | 5,6 |
| 11.09 2.00 – 5,4 | 8,8 | 6,1 | 3,6 |  |  |
| 12.09 | 14,5 |  |  | 12,5 |  |
| 13.09 2.00-11,2 | 5,3 | 7,7 | 6,3 | 8,9 | 8,7 |
| 14.09 | 11,3 |  |  | 7,6 | 5,7 |
| 15.09 2.00-7,2 | 5,9 |  |  |  |  |

05.09.Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма, субклиническое течение. С-м вегетососудистой дистонии.

01.08.Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

01.09.ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. С-м ранней реполяризации желудочков.

05.09.Гинеколог: Обострение правостороннего СООФ. Цервицит. Бактериальный вагиноз.

04.09.14 Кольпоскопия: эктопия цилиндрического эпителия на фоне деформации ш/матки.

02.09Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.09.Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

04.09.РВГ:. Нарушение кровообращения справа –I, слева –N, тонус сосудов N.

02.09.Хирург: диабетическая ангиопатия н/к

09.09.УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; изменений диффузного типа в паренхиме правой почки, двухстороннего хр. пиелонефрита.

01.09.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,4 см3; лев. д. V 4,2= см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, фозикард, атаксил, нормазе, амлодипин, бисопролол, тиогамма, витаксон, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-5-7 ед., п/о- 3-5ед., п/уж -4-6 ед., Протафан НМ 22.00 10-12 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
2. Амлодипин 2,5 мг утром, бисопролол 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
3. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д.1 мес.
4. Рек. окулиста: окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д.
5. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
6. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.