#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 854

##### Ф.И.О: Кожухова Алёна Ивановна

Год рождения: 1973

Место жительства: Приазовский р–н, с. Приазовское -9

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 13.07.15 по 24.07.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Полиостеоартроз Rо I СФН 0

Жалобы при поступлении на увеличение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, пекущие боли в подошвенной части стоп, периодическое вздутие живота.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1992г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, вплоть до ком, последняя 2004. С начала заболевания инсулинотерапия: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Хумодар Р100Р. В 2002 в связи с частыми гипогликемическими состояниями была переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2007 переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-11 ед., п/о-6-7 ед., п/у 8-9 ед., Левемир 22.00 18 ед. Гликемия –3,5-4,7 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2012г. АИТ с 2012. АТТГ – 230 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО – 255,5 (0-30) МЕ/мл от 2012. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

14.07.15 Общ. ан. крови Нв – 139 г/л эритр –4,4 лейк – 4,2 СОЭ –3 мм/час

э- 2% п- 1% с- 63% л- 32% м- 12%

14.07.15 Биохимия: СКФ –101 мл./мин., хол –4,28 тригл – 0,95ХСЛПВП -1,42 ХСЛПНП -2,42 Катер -2,0 мочевина –2,6 креатинин – 94 бил общ – 10,2 бил пр –2,5 тим –1,9 АСТ – 0,11 АЛТ –0,29 ммоль/л;

14.07.15 С-реактивный белок – отр

15.07.15 Глик. гемоглобин -7,9 %

14.07.15 Анализ крови на RW- отр

17.07.15ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/л

17.07.15 К – 4,16 Na – 144 Са – 2,14 ммоль/л

### 14.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 2-5 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –много ; эпит. перех. – ед в п/зр

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

15.07.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 17.07.15 Микроальбуминурия –37,9 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.07 | 6,3 | 5,5 | 4,0 | 5,0 | 9,0 |
| 15.07 | 9,2 |  |  |  |  |
| 16.07 2.00-9,4 | 9,3 | 2,6 | 5,4 | 5,2 | 8,4 |
| 17.07 | 5,4 | 9,6 |  |  |  |
| 21.07 2.00-8,9 | 7,4 | 7,7 | 11,2 | 8,3 | 9,2 |
| 23.07 | 6,9 | 10,3 | 7,0 | 3,3 | 13,3 |

13.07.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.. Дисциркуляторная энцефалопатия. Цереброастенический с-м. Плечелопаточный периартроз слева, умеренный болевой с-м.

13.07.15Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.07.15ЭКГ: ЧСС – 75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

21.07.15 На р-гр правого плечевого с-ва без костно-деструктивных изменений. На р- гр кистей признаки субхондрального склероза и сужение суставных щелей межфаланговых суставов обеих кистей.

14.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.07.15 ревматолог: Полиостеоартроз Rо I СФН 0

15.07.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

Лечение: Новорапид, Левемир, тиоктацид, нейробион, нейромидин, актовегин, афабазол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гипогликемические состояния редко, небольшой интенсивности, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 мм рт. ст. 23.07.15 после ужина отмечала легкое гипогликемическое состояние, связывает с недостаточным приемом пищи, дополнительно ела, с чем связана гипергликемия в 22.00. От дальнейшей коррекции инсулинотерапии и контроля гликемии отказывается по семейным обстоятельствам.

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-8-10 ед., п/о-8-10 ед., п/уж -9-10 ед., Левемир 22.00 ед. 19-21 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
6. Рек. невропатолога: нейромидин 1т 3р/д 1 мес. афабазол 1т 3р\д 1 мес.
7. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.
8. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
9. 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.
10. Рек ревматолога:ограничение физ наргузки на суставы, пиаскледин 1к утром с едой – 2 мес. при болях мелоксикам 15 мг 1р\сут 5-7 дней местно бифлекс крем 2 нед, УЗ с хондроксид мазью, гидрокортизоном на кисти, плечевые суставы ч/з день № 10.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.