#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 889

##### Ф.И.О: Лигостова Анжела Владимировна

Год рождения: 1989

Место жительства: Черниговский р-н, с. Просторное уд. Озерная 1-13

Место работы: н/р

Находился на лечении с 22.07.15 по 03.08.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Миопия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Авитрия ОS. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Метаболическая кардиомиопатия СН0. САГ II ст. Вегетативная дисфункция, цефалгический с-м. Железодефицитная анемия, средней степени. Нарушение менструального цикла по типу альгодисменореи. Кандидозный вульвовагинит. Аденомиоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, учащенное сердцебиение, боли в поясничной области, гипогликемически состояния редко, отеки н/к.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимала Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2014 учитывая неустойчивую гликемию переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-12-14 ед., п/о- 12-14ед., п/у- 4-6ед., Левемир 22.00 – 22 ед.Гликемия –3,0-15,9 ммоль/л. НвАIс – 11,8 % от 30.04.15. Повышение АД в течение 5 лет. Липоидный некробиоз в течении 12 лет. Прогрессирующее ухудшение зрения в течении 3х лет. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.07.15 Общ. ан. крови Нв –103 г/л эритр – 3.3 лейк – 4.4СОЭ –20 мм/час

э- 2% п- 4% с- 62% л-27 % м- 5%

23.07.15 Биохимия: СКФ –80 мл./мин., хол –6,3 тригл -1,17 ХСЛПВП -1,24 ХСЛПНП – 4,5Катер -4,1 мочевина –3,4 креатинин –86 бил общ –12,1 бил пр –4,1 тим –1,2 АСТ – 0,14 АЛТ –0,21 ммоль/л;

29.07.15 Глик. гемоглобин – 9,2%

24.07.15 К – 3,7 Na – 140 Ca – 2.26

### 23.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 5-6 в п/зр белок – 0,125 ацетон –отр; эпит. пл. –на все ; эпит. перех. - много в п/зр

28.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 27000 эритр - 4000 белок – 0,2762

30.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 6000 эритр - 2000 белок – 0,792

24.07.15 Суточная глюкозурия – 2,25%; Суточная протеинурия – 0,263

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 23.07 | 11,0 | 6,3 |  | 12,0 |
| 27.07 | 7,0 | 4,9 | 10,1 | 10,4 |
| 31.07 |  |  | 8,1 | 8,3 |

27.07.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вегетативная дисфункция, цефалгический с-м.

22.07.15Окулист: VIS OD= 0,04 н/к OS= 0,04н/к ;

Помутнения в хрусталиках ОИ. Единичные микроаневризмы. Множественные лазеркоагулянты. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Миопия ОИ. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Авитрия ОS.

22.07.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая тахикардия, единичная желудочковая экстрасистолия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

22.07.15 Ритмограмма: ЧСС -100 уд/мин. Ритм синусовая тахикардия. Экстрасистолы не регистрируются.

22.07.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0. САГ II ст.

27.07.15ЭХО КС: КДР- 4,34см; КДО- 85,0мл; КСР- 2,80см; КСО-29,6 мл; УО- 55,4мл; МОК- 5,2л/мин.; ФВ- 65%; просвет корня аорты -2,71 см; ПЛП -2,31 см; МЖП –0,65 см; ЗСЛЖ –0,71 см; ППЖ- 1,39см; ПЛЖ- 4,34см; По ЭХО КС: Дополнительная хорда ЛЖ.

31.07.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

24.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.07.15Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом в стадии обострения.

31.07.15Гинеколог: Нарушение менструального цикла по типу альгодисменореи. Кандидозный вульвовагинит. Аденомиоз.

31.07.15 УЗИ ОМТ: Эхопризнаки аденомиоза, очаговая форма.

27.07.15 Гематолог: Железодефицитная анемия, средней степени.

29.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; функционального раздражения кишечника.

Лечение: Новорапид, Левемир, нейрорубин форте, цефикс, диалипон, тиоцетам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 1150/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта кардиолога, окулиста, нефролога, гематолога, гинеколога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 10-12ед., п/о-10-12 ед., п/уж -4-6 ед., Левемир22.00 22-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: дилтиазем ретард 90мг \*2р/д., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес.. Контроль АД, ЭКГ.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут.,1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: армадин лонг 300 мг/сут 1 мес.
10. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Цефикс 400 мг , флуконазол 50 мг/сут до 7-10 дней, затем прием растительных уросептиков. Канефрон 2т. \*3р/д.
11. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
12. Рек. гематолога: тардиферон 2т./д. утр. 1 мес., затем 1т /д 3 мес., нейровитан 1т/д. веч. Дан совет по питанию. Контр ан. крови 1р в мес.
13. Рек гинеколога: флуконазол 150 мг (1,4,7 день) йогурт норм 1к 3р\д № 7, затем 1к 3р\д № 90. Установка ВСМ «Мирена»
14. 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 Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.