#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 670

##### Ф.И.О: Щербань Ирина Александровна

Год рождения: 1987

Место жительства: Запорожский р-н, с. Лежено, ул. Привокзальная 103

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 26.05.15 по 10.06.15 в энд. отд. (ОИТ 02.06.15-08.06.15)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям и кетоацидозу, декомпенсация. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. С-м вегетативной дисфункции, перманентного характера. Нарушение венозного оттока, цефалгический с-м. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, периодическая ацетонурия.

Краткий анамнез: СД выявлен в 201г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С Постоянно инсулинотерапия.

В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10-12 ед., п/о-10-12 ед., п/у-10-12 ед., Протафан НМ 22.00 - 14 ед. Гликемия –11,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

27.05.15 Общ. ан. крови Нв –165,0 г/л эритр –4,9 лейк –4,7 СОЭ –12 мм/час

э- 3% п- 1% с-50 % л-34 % м- 12%

27.05.15 Биохимия: СКФ –96 мл./мин., хол –4,73 тригл -1,06 ХСЛПВП -1,45 ХСЛПНП -2,79 Катер -2,79 мочевина –4,8 креатинин – 78 бил общ –9,0 бил пр –2,2 тим – 2,6 АСТ – 0,21 АЛТ – 0,27 ммоль/л;

06.06.15 Амилаза – 28,0 (0-90) ед\л

02.06.15 Глик. гемоглобин – 10,4%

06.06.15 Гемогл – 146 ; гематокр –0,47 ; общ. белок –60 г/л; К – 4,2 ммоль/л

### 27.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –2++; эпит. пл. -ед; эпит. перех. - в п/зр

С 05.06.15 ацетон - отр

06.06.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

02.06.15 Суточная глюкозурия – 2,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 05.06.15 Микроальбуминурия –187,2 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 27.05 | 12,1 | 13,3 | 3,9 | 7,8 |  |
| 01.06 | 10,9 | 8,7 | 15,5 | 5,4 |  |
| 03.06 2.00-11,7 | 12,5 | 8,3 | 2,5 | 7,1 | 4,2 |
| 05.06 | 9,8 | 8,9 | 6,5 | 6,4 |  |
| 07.06 | 12,0 | 3,3 | 9,8 | 8,3 |  |
| 08.06 | 9,6 |  | 5,5 | 8,0 |  |
| 09.06 | 4,4 | 6,6 | 4,8 | 4,6 |  |

08.05.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

28.05.15Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ; Д-з: Оптические среды и глазное дно без особенностей.

28.05.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

28.05.15Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

08.06.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.06.15Гинеколог: Пр. здорова.

28.05.15РВГ:. Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов снижен.

28.05.15Допплерография: ЛПИ справа – 1,05, ЛПИ слева –1,05 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

04.06.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме поджелудочной железы, застойных изменений в желчном пузыре, нефроптоза справа.

01.06.15 УЗИ МАГ: Атеросклеротические изменения отсутствуют. КИМ до 0,06 см, обычной эхогености, без нарушения дифференцировки слоев. По каротидному и вертебробазилярному бассейнам скоростные показатели на всех уровнях без значимой асимметрии. Определяется признаки ангиодистонии по гипертоническому типу – практически на всех уровнях эхолокации периферическое сосудистое сопротивление резко снижено. Венозный отток нарушен слева.

28.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,8см3; лев. д. V =6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. В пр доле в с/3 расширенный фолликул 0,56 см. Закл.: мелкая киста правой доли.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, весел-дуэф, актовегин, энтеросгель, мастодинон, диалипон, нуклео ЦМФ, актовегин, стеатель. Нахохлилась в ОИТ по поводу кетоацидотического состояния.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, 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: Актрапид НМ п/з- 14ед., п/о-12 ед., п/уж -10 ед., Протафан НМ 22.00 24 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. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д.. Контроль АД, ЭКГ.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. Рек. невропатолога: армадин 2,0 в/м №5, флебодиа (вазонит) 600 мг 1т/д до 2 мес.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.