#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 264

##### Ф.И.О: Антонова Алена Сергеевна

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Васильевка, ул. Запорожская, 9

Место работы: д/о, инв II гр.

Находился на лечении с 24.02.15 по 06.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст. СН I. ДДПП ШОП (остеохондроз), С-м ПА слева. С-м Венозно-ликворной дисфункции. ДДПП ПОП (остеохондроз). Вторичная люмбалгия.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 2 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/80 мм рт.ст., частые головные боли, частые гипогликемические состояния, гипергликемия в утренние часы, боли в мелких суставах, учащенное сердцебиение, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: неоднократно гипогликемические (последняя 12.02.15 СМП введено 40 мл 40% глюкозы). С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан. С 2009 Новорапид, Протафан НМ. В наст. время принимает: Новорапид п/з-14 ед., п/о-12 ед., п/у- 12ед., Протафан НМ 23.00 – 14ед. Гликемия –3,5-17,3 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 09.2013г. Боли в н/к в течение 5-6 лет. Повышение АД в течение года. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.02.15 Общ. ан. крови Нв –151 г/л эритр –4,7 лейк –5,2 СОЭ –10 мм/час

э- 2% п-0% с- 47% л- 43 % м- 8%

25.02.15 Биохимия: СКФ –60,0 мл./мин., хол –7,66 тригл -1,47 ХСЛПВП – 1,36ХСЛПНП – 5,63Катер -4,63 мочевина –5,1 креатинин – 101 бил общ –12,4 бил пр –3,1 тим –4,6 АСТ – 0,45 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

25.02.15 Глик гемоглобин – 8,9%.

27.02.15 К – 4,8; Nа – 138, Са – 2,1 ммоль/л

03.03.15 С-реактивный белок – отр.

### 25.02.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-3 в п/зр белок – 0,06 ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

27.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – 0,047

26.02.15 Суточная глюкозурия – 0,85%; Суточная протеинурия – 0,207

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 25.02 2.00-6,5 | 10,0 | 7,7 | 2,6 | 2,9 | 3,7 |
| 27.02 2.00-7,5 | 12,1 | 5,2 | 6,1 | 12,0 |  |
| 03.03 | 13,1 | 11,3 | 2,6 | 3,7 | 6,5 |
| 04.03 | 9,4 | 5,3 | 3,8 | 3,3 |  |
| 05.03 | 13,4 | 7,0 | 3,3 | 6,4 | 5,3 |
| 06.03 2.00-8,0 | 9,2 |  |  |  |  |
| 09.03 | 12,3 |  | 4,0 |  |  |
| 11.02 2.00-9,1 | 7,9 |  |  |  |  |

03.03.15Невропатолог: ДДПП ШОП (остеохондроз), С-м ПА слева. С-м Венозно-ликворной дисфункции. ДДПП ПОП (остеохондроз). Вторичная люмбалгия. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

25.03.15Окулист: VIS OD=0,6 OS= 0,5

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

24.02.15ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная.

03.02.15Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия. ПМК 1 ст СН1.

03.03.15 На р-гр ШОП +ГОП признаки субхондрального склероза, снижение высоты межпозвонковых дисков. В ШОП деформация шейного лордоза.

25.02.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.03.15Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия в сочетании с пиелонефритом в стадии ремиссии, артериальная гипертензия.

25.02.15 На р-гп кистей Признаки субхондрального склероза в межфаланговых суставах.

02.03.15 Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий: на руках.

25.02.15РВГ: Нарушение кровообращения справа I ст. слева – II ст, тонус сосудов N.

25.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,3 см3; лев. д. V = 5,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Протафан НМ, Левемир НМ.

Состояние больного при выписке: Согласно клинического протокола и на основании приказа УЗО от 14.06.12 №355, приказа ЛПУ от 23.06.11 №228-з комиссионно больная переведена на Левемир, Новорапид. Учитывая отсутствие компенсации в течении года – склонность к гипогликемическим состояниям с гипергликемией в утренние часы., невозможность достичь компенсации в условиях стационара на Новорапиде НМ, Протофане НМ. СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. Гипогликемические состояния реже. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, окулиста, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-11-13 ед., п/о- 9-11ед., п/уж – 9-11ед., Левемир НМ 23.00 13-15 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии.
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: кардонат 1т. \*3р/д., тиотриазолин 200мг \*3р/д., кардиоплант 1т 3р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, суточное мониторирование ЭКГ по м/ж.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.1 мес.
9. Рек. невропатолога: L-лизин есцинат 10,0 в/в кап № 5 через день, кавентон 4,0 в/в кап ч\з день № 5, нормовен 2 т утром 1 мес., бифрен 250 мг 3р\д 4-6 нед, массаж позвоночника, МТ на ПОП
10. Рек. окулиста: оптикс1т.\*1р/д.
11. Конс ревматолога по м\ж.
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 Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.