#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1007

##### Ф.И.О: Маслюк Василина Дмитриевна

Год рождения: 1971

Место жительства: Новониколаевский р-н, с. Крипивка, ул. Комплексная 23

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 19.08.15 по 01.09.15 в диаб. отд. (ОИТ 21.08.15-25.08.15)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Кетоацдоз. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыделительной системы. Преретинальное кровоизлияние ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. С-м вестибулопатии. ИБС, п/инфарктный кардиосклероза. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Риск 4. Железодефицитная анемия средней степени.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, давящие боли за грудиной.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1988г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Тяжелое гипогликемическое стояние в 2012. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-8 ед., п/у-8 ед., Хумодар Б100Р п/з – 16 ед., п/у – 10 ед. Гликемия –12,0-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает нолипрел 1т, амлодипин 5 мг. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.08.15 Общ. ан. крови Нв – 107 г/л эритр – 3,7лейк – 6,3СОЭ – 10 мм/час

э-0 % п- 1% с- 73% л- 22% м- 3%

20.08.15 Биохимия: СКФ – 30,87мл./мин., хол – 4,63тригл -0,99 ХСЛПВП -1,09 ХСЛПНП – 3,09Катер -3,2 мочевина – 11,3 креатинин –169,2 бил общ – 12,5 бил пр –3,1 тим – 2,4 АСТ –0,26 АЛТ – 0,26 ммоль/л;

21.08.15 К – 4,0 Na – 134.2 Cа – 2.32 ммоль/л

22.08.15 К – 4,5 ммоль/л

21.08.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 84 %; фибр –4,0 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93%; св. гепарин – 6\*10-4

26.08.15 Железо – 7,7 (10,7-32,2) ммол/л.

23.08.15 Проба Реберга: Д- 1,7л, d- 1,18мл/мин., S-1,42 кв.м, креатинин крови-98 мкмоль/л; креатинин мочи- 3360 мкмоль/л; КФ- 49,2мл/мин; КР-97,7 %

### 20.08.15 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –7-8 в п/зр белок – 0,280 ацетон –1+; эпит. пл. – ум; эпит. перех. - в п/зр

С 22.08.15 ацетон – отр.

31.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 16500 эритр - 1000 белок – 0,0253

23.08.15 Суточная глюкозурия – 0,52 %; Суточная протеинурия – 0,43

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.09 | 19,6 | 19,0 | 14,8 | 10,3 | 5,5 |
| 22.08 | 8,9 | 3,6 | 6,5 | 11,2 |  |
| 24.08 | 4,1 | 6,5 | 12,0 | 4,7 |  |
| 25.08 | 6,6 |  |  |  |  |
| 27.08 | 9,7 | 10,2 | 4,2 | 5,4 |  |
| 28.08 | 7,9 |  |  |  |  |
| 29.08 |  | 8,7 | 7,3 |  |  |

19.08.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия I, цереброастенический с-м. С-м вестибулопатии.

01.09.15Окулист: VIS OD= 0,2 н/к OS= 0,1 н/к ; ВГД OD= 20 OS=20

Гл. дно: Од под флером, подсматривается преретинальное кровоизлияние, OS - ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. преретинальный фиброз, область преретинального кровоизлияния миелизирована, кровоизлияние рассосалось. Д-з: Преретинальное кровоизлияние ОД. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ.

26.08.15ЭКГ: ЧСС - 100уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. Подозрения на рубец ЗСЛЖ.

26.08.15Кардиолог: ИБС, п/инфарктный кардиосклероза. Гипертоническая болезнь III стадии II степени. Риск 4.

29.08.15 Гематолог: Железодефицитная анемия средней степени.

27.08.15ФГ ОГК№ 89233 Легкие без инфильтрации. Корни малоструктурны. Сердце без особенностей.

31.08.15 Нефролог: ХБП Ш ст, диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия. Анемия.

21.08.15РВГ: Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов снижен.

31.08.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; перегиба ж/пузыря в области шейки, застоя в ж/пузыре, фиброзирования подж. железы; функционального раздражения кишечника.

19.08.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =7,3 см3; лев. д. V =6,2 см3

Перешеек –0,64 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Вестибо, тардиферон, диалипон турбо, актовегин, Актрапид НМ, Хумодар Б100Р, нолипрел, трайкор, армадин, тризипин, нормазе, амлодипин, энтеросгель, глюкоза, реосорбилакт, трисоль, ксилат, аспаркам, KCL, тардиферон.

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 (пенф) п/з- 9-11ед., п/о- 7-9ед., п/уж – 5-7ед., Хумодар Б100Р(пенф) 22.00 12-14 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 (Трайкор 146 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: амлодипин 2,5 1р\д. предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
4. Нолипрел 1т веч. кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
6. Рек. невропатолога: вестибо 24 мг 2р\д 1 мес.
7. Цифран ОД 500 1т /д 7-10 дней. 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
8. Рек. нефролога: диета с ограничением поваренной соли, белка, избегать переохлаждения, тяжелого физ. труда. наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. тардиферон 1т/сут., мирцера 50 мкг 1р\мес.
9. Рек гематолога: селен 50 мкг 1т\сут 40 дней во время еды, контр ан. крови 1р\мес по м\ж. Тардиферон 1т 1р\д 3 мес, затем 1т /д 10 дней после каждой менстр.
10. Рек. окулиста: конс. лазерного хирурга.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.