#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 883

##### Ф.И.О: Спирина Виктория Анатольевна

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье ул. Малиновского 4-107

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 20.07.15 по 04.08.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, гипогликемические состояния вплоть до ком (со слов пациентки более 10 раз, на руках имеется заключение СМП от 03.03.15 и.04.03.15), общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1970 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 07.2014 в связи с частыми гипогликемическими состояниями, стойкой декомпенсацией, переведена на Лантус, Актрапид НМ. В 2014 три госпитализации. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 8ед., п/о-5-8 ед., п/у- 5-8ед., Лантус 8.00- 25 ед. Гликемия –1,8-20,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 11.2014г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

21.07.15 Общ. ан. крови Нв – 133 г/л эритр –4,2 лейк – 6,0 СОЭ –2 мм/час

э- 1% п-2 % с- 5% л- 20 % м- 2%

21.07.15 Биохимия: СКФ –40,2 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,7 ХСЛПВП -0,99 ХСЛПНП – 3,43Катер -4,2 мочевина –3,3 креатинин –116 бил общ –9,5 бил пр -2,4 тим –1,89 АСТ – 0,26 АЛТ – 0,35 ммоль/л;

03.08.15 мочевина- 5,6 креатинин -82 СКФ – 56,9

01.08.15 Глик. гемоглобин – 9,22%

21.07.15 Анализ крови на RW- отр

24.07.15 К – 4,4 ; Nа – 137 Са – 2,36 ммоль/л

### 21.07.15 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк – на всё в п/зр белок – 0,169 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

24.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -15000 эритр -250 белок – 0,028

27.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -15000 эритр - белок – отр

29.07.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

23.07.15 Суточная глюкозурия – 2,0 %; Суточная протеинурия – 0,187

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.07 |  |  | 15,3 | 12,5 | 8,9 |
| 22.07 | 15,9 | 10,3 | 8,6 | 6,2 |  |
| 24.07 | 6,9 | 3,9 |  |  |  |
| 26.07 | 5,1 | 3,6 | 2,7 | 9,5 | 7,2 |
| 28.07 | 6,5 | 3,8 | 8,8 | 11,2 | 10,9 |
| 30.07 | 9,4 | 7,2 |  |  |  |
| 01.08 | 12,5 | 10,4 | 3,8 | 7,8 | 8,2 |
| 03.08 | 6,6 | 6,6 | 8,8 | 9,6 | 5,1 |
| 04.08 2.00-4,2 |  |  |  |  |  |

20.07.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисциркуляторная энцефалопатия II сочетанного генеза, цереброастенический с-м.

20.07.15Окулист: VIS OD=0,2 OS=0,4

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

20.7.15ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

23.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

23.07.15 Хирург: жалоб нет, около года назад обследовалась по поводу образования брюшной полости в онкодиспансере. Со слов больной патологии не найдено. Рекомендовано Кт в динамике.

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

21.07.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N

27.07.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме правой почки.

Лечение: Актрапид НМ, Лантус, учитывая частые гипогликемические состояния, вплоть до ком, отсутствие компенсации, небольшие дозы инсулина, наличие энцефалопатии, необходимость самоконтроля и коррекции инсулина, комиссионно переведена с Актрапида НМ на Эпайдру.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, исчезли гипогликемические состояния, нормализовался аппетит, прибавила в весе 1 кг. АД 120/70 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: Эпайдра п/з-3-5 ед., п/о- 3-5ед., п/уж -2 ед ( при необходимости)., Лантус п/з 25-27 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Рек. невропатолога: ницерогалин 30 мг утром 1 мес.
8. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), фитолизин. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
9. Рек. нефролога: примненеие антибактериальных препаратов фторхинолонового ряда до 7-10 дней. флуконазол 50 мг сут 7-10 дней, после нормализации ан. мочи применение растительных уросептиков: канефрон 2т 3р\д 1 мес.
10. Рек. окулиста: тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ. оптикс форте 1т 1р\д

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.