#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1004

##### Ф.И.О: Магденко Наталья Алексеевна

Год рождения: 1988

Место жительства: Михайловский р-н, с. Барвиновка, дом 5

Место работы: н/р, инв 1 гр.

Находился на лечении с 19.08.15 по 28.08.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, выраженный вестибуло-атактический с-м. Вертеброгенная люмбоишалгия, умеренный болевой с-м. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ. ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. Программный гемодиализ. Острый фарингит. Хроническая инфекция мочевыделительной системы. Анемия хронического больного.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., тошнота, одышка в покое.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г (в 1 год). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы кетоацидотические и гипогликемические в детстве. Постоянно инсулинотерапия. Ранее получала Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2009 Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о-8ед., п/у-6 ед., Левемир 22.00 – 8 ед. Гликемия 25,0-2,5–11,5 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 06.2015г. Боли в н/к в течение 3 лет. Повышение АД в течение 5 лет. С 2010 – программный гемодиализ. Госпитализирована ургентно в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.08.15 Общ. ан. крови Нв – 74 г/л эритр – 2,5 лейк –9,3 СОЭ –24 мм/час

э- 1% п- 4% с- 83% л- 10 % м- 2%

19.08.15 Биохимия: хол –4,6 мочевина –25,1 креатинин –785,0 бил общ 11,7– бил пр – 2,9тим – 3,0 АСТ –3,3 АЛТ – 5,3ммоль/л;

24.08.15 АСТ – 0,65 АЛТ 2,06

25.08.15 Мочевина – 7,3 креатинин 297,6

27.08.15 Биохимия: мочевина –7,9 креатинин – 254,4

19.08.15 Амилаза – 129,2 (0-95) ед\л

19.08.15 Гемогл – 74 ; гематокр – 0,24; общ. белок –80,1 г/л; К – 6,47 ; Nа –130 ммоль/л

21.08.15 К – 3,85 ммоль/л

22.08.15 Гемогл – 89; гематокр – 0,29; общ. белок – 74,4 г/л; К – 4,3 ммоль/л

27.08.15 К – 4,9 ммоль/л

19.08.15 Коагулограмма: вр. сверт. –8,1 мин.; ПТИ –95 %; фибр –4,5 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 108%; св. гепарин – 0

21.08.15 Проба Реберга: Д-0,23 л, d-0,16 мл/мин., S-1,47 кв.м, креатинин крови-469,2 мкмоль/л; креатинин мочи- 5,760 мкмоль/л; КФ2,31- мл/мин; КР- 0,93%

### 19.08.15 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –8-10 в п/зр белок – 0,325 ацетон –1+; эпит. пл. –на всё ; эпит. перех. ум в п/зр

20.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -11500 эритр -1000 белок – 1,33

25.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1900 эритр - 1000 белок – 1,69

21.08.15 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – 0,35

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.08 |  | 32,1 | 9,7 | 9,9 |  |
| 21.08 | 6,9 | 11,5 | 6,7 | 7,9 |  |
| 23.08 | 12,8 | 6,0 | 5,9 | 7,2 |  |
| 25.08 | 4,6 | 4,9 | 5,8 | 16,5 | 16,8 |
| 26.08 | 6,9 | 8,4 | 5,9 | 13,9 |  |

21.08.15 Невропатолог: Вертеброгенная люмбоишалгия, умеренный болевой с-м. Дисметаболическая энцефалопатия 1, выраженные вестибуло-атактический с-м. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

19.08.15Окулист:

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуды сужены, извиты, местами спазмированы, микроаневризмы, единичные твердые экссудаты, следы от лазеркоагуляции. Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия средней степени ОИ.

19.08.15ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Признаки умеренной гипертрофии миокарда ЛЖ с нарушением коронарного кровообращения по боковой стенке ЛЖ. Высокие з. Т в следствии электронных нарушений.

26.08.15ЛОР: Острый фарингит.

26.08.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме почек, вторично сморщенные почки, изменений диффузного типа в паренхиме печени, функционального раздражения кишечника.

26.08.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,9см3; лев. д. V = 6,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир, церукал, энтеросгель, альмагель, амлодипин, кораксан, фуроцелин, септифрил, феррумлек, цефипим, аминолон, рекармон, диклоберл гель, мидокалм, терафлекс, офлоксацин, левофлокс, программный гемодиализ 3р/нед.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 10-12ед., п/о- 8-10 ед., п/уж –6-8 ед., Левемир 22.00 10-12 ед. после окончания процедуры гемодиализа подкожно дополнительно вводит Новорапид 2-6 ед под контролем гликемии.

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. Бисопролол 5 мг веч, амлодипин 10 мг веч, кораксан 5 мг утром. Контр. АД.
3. Рек невропатолога: мидокалм 150 мг 2р\д 10 дней, диклоберл гель 3-4 р/сут местно
4. Террафлекс 1т/сут, мирцера 1 50 мкг 1р мес п/к. Контр азотистых шлаков калия, ионизированого кальция, паратгормона в динамике.
5. Офлоксин 1 т.\*2 р./д до 10 дней. Контроль ан. мочи по Нечипоренко.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.