#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 15986

##### Ф.И.О: Полюга Елена Александровна

Год рождения: 1994

Место жительства: г. Запорожье ул. Казачья 39-65

Место работы: н/р, инв 1 гр

Находился на лечении с 23.12.15 по 31.12.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

Диаб. ангиопатия артерий н/к.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

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

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

Диабетическая энцефалопатия I-II, Дисметаболическая энцефалопатия,

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. СН I ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 110/60 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала инсулинотерапия. В наст. Новорапид время принимает: п/з-12 ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Левемир 22.00 – 12 ед. Гликемия –5-20 ммоль/л. Боли в н/к в течение года. С 16.09.14-29.09.14 проходил стац лечение в энд отделении ОКБ. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

23.12.15 Общ. ан. крови Нв –157 г/л эритр –4,8 лейк – 21,6СОЭ –12 мм/час

э- 2% п-3% с-81 % л- 7% м- 7%

25.12.15 Общ. ан. крови Нв –134 г/л эритр –4,0 лейк – 10,8СОЭ –10 мм/час

э- 2% п-1% с-59 % л- 36% м- 2%

28.1.215 лейк – 7,4

23.12.15 Биохимия: хол –7,4 мочевина –5,4 креатинин – 385 бил общ – 11,6 бил пр – 2,9 тим – 3,8 АСТ – 0,78 АЛТ – 0,7 ммоль/л;

25.12.15 Биохимия: мочевина –4,1 креатинин –9,6 АСТ – 0,48 АЛТ –0,57 ммоль/л;

2312.15 амилаза-11,9

23.12.15 Гемогл – 157 ; гематокр –0,49 ; общ. белок – 83,4 г/л; К –5,5 ; Nа – 137,2 ммоль/л.

24.12.15 Гемогл – 124 ; белок –65,3 г/л; К –3,45 ;

28.12.15 К – 3,5

23.12.15 Коагулограмма: вр. сверт. – 15 мин.; ПТИ – 79,3 %; фибр –4,2 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

25.12.15 Проба Реберга: Д-3,0 л, d- 2,08мл/мин., S-1,41 кв.м, креатинин крови- 99,6мкмоль/л; креатинин мочи- 11,64 мкмоль/л; КФ- 298,0мл/мин; КР- 99 %

### 23.12.15 Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 1-3 в п/зр белок – 0,034 ацетон –4++++; эпит. пл. -ум; эпит. перех. - едв п/зр

С 25.12.15 ацетон – отр.

24.12.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - 500 белок – отр

25.12.15 Суточная глюкозурия – 0,52 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.12.15 Микроальбуминурия – 198,9мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 23.12 |  |  | 10,2 | 11,7 | 7,8 |
| 25.12 | 9,4 | 12,3 | 5,3 | 13,8 | 9,0 |
| 27.12 | 6,4 | 15,3 | 11,7 | 11,0 |  |
| 29.12 |  | 7,6 | 5,0 | 6,4 |  |
|  |  |  |  |  |  |

Невропатолог:

24.12.15Окулист: (осмотр ОИТ)

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

23.12.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. С- укороченного QP. Гипертрофия левого желудочка. 29.12.15Кардиолог: НЦД по смешанному типу. СН 1.

29.12.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.12.15Гинеколог: мультифоликулярные яичники. Нарушение менструального цикла.

24.12.15 на р-гр ОГК легкие без очаговых и инфильтративных теней, орни малоструктурны, сердце без особенностей.

29.12.15 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

25.12.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст. Застоя в желчном пузыре, функционального раздражение кишечника. Наличие множественных структур в придатках на фоне Нарушение менструального цикла.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = см3; лев. д. V = см3

Перешеек – см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы обычная, снижена. Эхоструктура повышенной эхогенности, мелкозернистая, крупнозернистая, однородная, мелкий и крупный фиброз.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком \* см.

В лев. доле в ср/3 гидрофильный очаг - см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, атоксил, рантак, ККБ, тиоктацид, цефтриаксон, линекс, аспарам, ибупрофен, метоклопромид.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

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. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
5. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Берлитион (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: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
9. Рек. окулиста: вазонит 1т.\*2р/д.
10. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
11. Б/л серия. АГВ № 2351 с .12.15 по .12.15. К труду .12.15.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.