#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 562

##### Ф.И.О: Семяникова Алина Владимировна

Год рождения: 1995

Место жительства: г. Запорожье, ул. Рельефная 18-207

Место работы: н/р

Находился на лечении с 27.04.15 по 07.05.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Дистальная диабетическая симметричная полинейропатия н/к ст, сенсорная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. сочетании с хроническим пиелонефритом НМЦ по типу олигоменореи. Гиперандрогения надпочечникового генеза. Сложный миопический астигматизм.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, судороги, головные боли, учащенное сердцебиение, нарушение менструального цикла по типу задержки до 4 мес., усиленный рост волос на лице, туловище, конечностях.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2004 переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 26ед., п/о- 9ед., п/у- 8ед., Лантус 22.00 – 34 ед. Гликемия –8,0-10,0 ммоль/л. НвАIс – 8,6 % от 10.03.15. в связи с гиперандрогенией 02.2015 сданы анализы: биодоступный тестостерон – 1090,0 пг/мл(191-1302,0) св тестотерон – 41,9 пг/мл (0-4,1) тестостерон – 9,12 нмоль\л (<3); альбумин – 47.7 (35-52) г/л, глобулин, связывающий половые гормоны 42,33 нмоль/л(26-110), андростендион – 4,27 нг/мл (0,57-2,63). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

28.04.15 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,4 лейк –8,3 СОЭ – 4 мм/час

э- 0% п- 3% с- 69% л- 23 % м- 5%

28.04.15 Биохимия: СКФ –107,3 мл./мин., хол 4,9– тригл – 0,9 ХСЛПВП -1,7 ХСЛПНП -2,7 Катер -1,8 мочевина –3,5 креатинин –81 бил общ –12,3 бил пр –3,3 тим – 1,6 АСТ – 0,9 АЛТ – 0,19 ммоль/л;

29.04.15 АКТГ – 13,3 (46.0) пг/мл; кортизол 13,4 (5,0-25,0) мкг\дл

30.04.15 К –3,8; Nа –133,6 Са – 2,36 ммоль/л

05.05.15 Коагулограмма: ПТИ – 101,4 %; фибр – 2,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2\*10-4

### 06.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – на все в п/зр белок – 0,029 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

07.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 37500 эритр -500 белок – отр

05.04.15 Суточная глюкозурия – 0,37 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.05.15 Микроальбуминурия –33,7 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.04 | 14,2 | 13,0 | 7,6 | 6,2 | 8,2 |
| 30.04 2.00-4,6 | 6,6 |  |  |  |  |
| 04.05 | 4,7 | 2,8 | 8,0 | 7,3 | 6,5 |
| 06.05 | 3,8 | 5,2 |  |  |  |
| 07.05 | 8,2 |  |  |  |  |

27.04.15Невропатолог: Дистальная диабетическая симметричная полинейропатия н/к ст, сенсорная форма. Нейропатия локтевого нерва?

28.04.15Окулист: VIS OD=0,4 OS= 0,3;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Вены широкие, стенки уплотнены. Артерии широкие. Сосуды умеренно извиты. Д-з: Сложный миопический астигматизм.

28.04.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена Гипертрофия левого желудочка.

06.05Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.04.15Гинеколог: НМЦ по типу олигоменореи. Гиперандрогения надпочечникового генеза

28.04.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

28.04.15Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,1 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

27.04.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2 см3; лев. д. V = 4,8см3

Перешеек –0,35 см.

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

Лечение: Эпайдра, Лантус, актовегин, нейрорубин, мавалес тиоктацид, флуконазол, полиженекс, нормацил, витамин Е, фолиевая кислота.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям уменьшились боли в н/к. АД 110/70 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- 8-10ед., п/о-9-11 ед., п/уж -9-10 ед., Лантус 22.00 32-34 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
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. Тиоктацид 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.
8. Рек. невропатолога: дообследование електронейромиография,
9. Рек гинеколога: нормоцил 1к 2р\д до еды 3 мес,мавалес в/м ч/з день, флуконазол 100 мг 1д, 4д, 7д, 10д, йогрт 1к 2р\д 10 дней затем 1к \сут 2 мес, витамин Е 200 ед \сут с 1 по 15 день ментр. цикла 2 мес, фолиевая кислота 400 мкг/сут с 16 дня менстр. цикла и до начала месячных. Повторная конс. в динамике.
10. В связи с гиперандрогенией, гипертрихозом, изменениями в анализах, рекомендовано КТ надпочечников, с послед. конс эндокринолога.
11. 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.
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 Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.