#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 647

##### Ф.И.О: Редькина Ольга Николаевна

Год рождения: 1982

Место жительства: Ореховский р-н, с. Юрковка, ул. 50л Октября 165

Место работы: н/р, инв 1 гр.

Находился на лечении с 21.05.15 по 03.06.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Зрелая катаракта ОИ. Авитрия OS. Преритенальный фиброз ОИ. Пролифератинвая диабетическая ретинопатия ОИ. Тракционная отслойка сетчатки ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Пиелонефрит. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. САГ Ш ст. Нарушение менструального цикла репродуктивного периода по типу олигоменореи. Гипоэстрогения. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., частые гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая в детстве. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-9 ед., п/о- 5ед., п/у- 4ед., Протафан НМ 22.00 – 22 ед. Гликемия –8-9,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает лозап 50. Гипотиреоз с 2014. АТТПО -72,6 ТТГ – 2,5 ММЕ/мл от 2013. ТТГ – 18,2 (0,3-4,0) Мме/л ( в последствии не контролировала). Принимала эутирокс 50 мг/сут. Последние 6 мес. препарат не принимает. С 2009 прогрессирующее ухудшение зрения. 2009- тракционная отслойка сетчатки. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

22.05.15 Общ. ан. крови Нв – 117 г/л эритр –3,7 лейк – 6,8СОЭ –12 мм/час

э- 2% п-0 % с- 53% л- 40 % м-5 %

22.05.15 Биохимия: СКФ –47,13 мл./мин., хол –4,82 тригл -0,96 ХСЛПВП –3,14 1,24ХСЛПНП -2,9 Катер -5,5 мочевина –5,5 креатинин –160 бил общ –10,6 бил пр –2,6 тим –1,5 АСТ –0,16 АЛТ – 0,24 ммоль/л;

26.05.15 мочевина – 5,7 креатинин – 154 СКФ – 49 мл/мин.

22.05.15 Глик. гемоглобин – 8,3%

22.05.15ТТГ – 3,8 (0,3-4,0) Мме/л

22.05.15 К –3,86 ; Nа –136 ммоль/л

### 22.05.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – ½ в п/зр белок – 0,054 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

26.05.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 43500 эритр - 1300белок – отр

02.06.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – 0,026

28.05.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,067

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.05 | 6,0 |  | 6,5 | 3,8 |
| 23.05 |  | 9,1 |  |  |
| 25.05 | 8,5 | 10,4 | 6,2 | 5,3 |
| 28.05 | 5,0 | 4,7 | 3,1 | 4,0 |
| 02.06 | 12,7 |  |  | 6,0 |
| 03.06 | 7,2 |  |  |  |

21.05.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

21.05.15Окулист: Тотальное помутнение хрусталиков ОИ. Глубже лежащие отделы не просматриваются. Д-з: Зрелая катаракта ОИ. Авитрия OS. Преритенальный фиброз ОИ. Пролифератинвая диабетическая ретинопатия ОИ. Тракционная отслойка сетчатки ОИ.

21.05.15ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

26.05.15Кардиолог: САГ Ш ст.

22.05.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.05.15Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия. Пиелонефрит.

22.05.15Гинеколог: Нарушение менструального цикла репродуктивного периода по типу олигоменореи. Гипоэстрогения.

22.05.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

22.05.15Допплерография: ЛПИ справа –1,1 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

26.05.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; хронического холецисто-панкреатита, микролитов в обеих почках.

21.05.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,3 см3; лев. д. V =9,5 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: лозап, бисопролол, нейровитан, фозиноприл, левофлоксацин, фуцис, канефрон, Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма, солкосерил, нуклео ЦМФ.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Актрапид НМ п/з-12-14 ед., п/о- 3-5ед., п/уж -2-4 ед., Протафан НМ 22.00 22-24 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. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
3. Фозиноприл 10 мг утром, бисопролол 5 мг утром. Контр. АД.
4. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейровитан 1т./сут., 1 мес., нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ, Т4 св через 2-3 мес для решения вопроса о необходимости приема эутирокса.
6. Рек гинеколога: витамин Е 200 мг/сут с 1 по 15 дней месячных, фоливая кислота 400 мг/сут с 16 дня месс до месячных, нормомекс 1к 2р/д от до 6 мес.
7. Рек. нефролога: фитотерапия фитолизин, канефрон, нефрофит, контр ан. мочи.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.