#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1165

##### Ф.И.О: Никитина Татьяна Александровна

Год рождения: 1980

Место жительства: г. Запорожье ул. Авраменко 18-155

Место работы: АО «Мотор Сич», техник, инв Ш гр

Находился на лечении с 28.09.15 по 12.10.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Осложненная миопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия V ст. Анемия хронического больного. Артериальная гипертензия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. НЦД по смешанному типу. Дисметаболическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м, астено-невротический с-м.

Жалобы при поступлении на онемение ног, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2012 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на Эпайдру, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 6-7ед., п/о- 8-9ед., п/у- 4-6ед., Лантус 22.00 – 26 ед. Гликемия –3,0-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. С 2010 диффузный изменения щит. железы. АТ ТПО –22 (0-30) МЕ/мл от 2010. Диаб. нефропатия с 2010 в виде протеинурии, усугубилась на фоне беременности, родов. С 2012 повышение уровня креатинина, артериальная гипертензия. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

29.09.15 Общ. ан. крови Нв – 109 г/л эритр – 3,3 лейк – 8,3СОЭ – 33 мм/час

э-6% п- 2% с-66 % л- 22 % м-4 %

29.09.15 Биохимия: СКФ –47,3 мл./мин., хол –6,9 тригл -2,18 ХСЛПВП -1,25 ХСЛПНП -4,65 Катер -4,5 мочевина –9,0 креатинин –160,8 бил общ –10,4 бил пр –2,6 тим –6,3 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,16 ммоль/л;

12.10.15 Биохимия: СКФ –51,12 мл./мин., мочевина –8,08 креатинин –148,8 тим –7,5 общ белок – 70,5 г/л

29.09.15ТТГ – 1,2 (0,3-4,0) Мме/мл

05.10.15 Глик гемоглобин 10,2% (4-6,2)

02.10.15 К – 4,4 ; Nа – 133,6 Са – 1,74 ммоль/л

### 29.09.15 Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 12-18 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

05.10.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр -500 белок – 0,48

30.09.15 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 3,45

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 29.09 | 5,6 | 9,1 | 5,8 | 8,6 |  |
| 05.10 | 8,8 | 9,9 | 19,6 | 7,0 | 9,3 |
| 07.10 | 11,3 | 5,4 | 7,0 | 11,4 | 15,5 |
| 08.10 | 8,9 |  |  |  |  |
| 10.10 | 4,4 | 13,6 | 7,4 | 6,8 |  |
| 1210 |  | 5,1 |  |  |  |

28.09.15Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м, астенический с-м.

30.9.15Окулист: VIS OD= 0,1 с кор 0,5 OS= 0,1 с кор 0,5

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Осложненная миопия ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

28.09.15ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

07.10.15Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

30.09.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.10.15 Нефролог: ХБП Ш, диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия.

05.10.15УЗИ: Заключение: пр почка – 10,6\*4,0\*5,5см. Левая почка 10,7\*4,5\*5,3 см. Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме правой почки.

01.10.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5 см3; лев. д. V = 6,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, фозикард, тиогамма турбо, мильгамма, тивортин, рибоксин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-160/90 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-6-8 ед., п/о-8-10 ед., п/уж – 8-9ед., Лантус 22.00 28-30 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Фозикард 10 мг утром, индапрес 2,5 г утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма (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.
10. Рек. невропатолога: кортексин 10,0 в/м №10., адаптол 500 мг 1т 2р\д 1 мес.
11. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
12. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ МВС контроль с определение размеров почек 1-2р. в год. фозикард 10 мг сут, тардиферон 1т\сут нормазе 30 мл 1-2 р/сут 2-3 р/нед, диета с ограничением белка, соли, продуктов богатых калием.
13. 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.
14. Б/л серия. АГВ № 235018 с 28.09.15 по 12.10.15. К труду 13.10.15.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.