#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 180

##### Ф.И.О: Безрук Дарья Владимировна

Год рождения: 1988

Место жительства: г. Запорожье, ул. Лобановского 9-1

Место работы: н/р

Находился на лечении с 09.02.15 по 23.02.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая энцефалопатия. Цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к II , сенсомоторная форма. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст СН0. САГ II ст. ГЭРБ, рефлюкс эзофагит. Хронический гастродуоденит с умеренно выраженным диспепсическим синдромом. Ассоциированный с H-pylory. ОРВИ.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2-3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/80 мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния 3-4 р в нед, после завтрака и ужина, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: кетоацидотическая – 1999, неоднократно гипогликемические (последняя в 2013). С начала заболевания инсулинотерапия. Ранее принимала Актрапид НМ, Протафан НМ, Новорапид, Эпайдра, Лантус. С 2011 переведена на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з-10 ед., п/о-7 ед., п/у- 5ед., Левемир п/з – 11 ед., 22.00 – 12 ед. НвАIс -7,6 % от 2014. Боли в н/к в течении 16 лет. Повышение АД с 18 лет, эпизодами. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

10.02.15 Общ. ан. крови Нв –117 г/л эритр – 3,5 лейк – 4,7 СОЭ –21 мм/час

э- 8% п- 1% с- 58% л- 26% м- 7%

23.02.15 Общ. ан. крови Нв – 119г/л эритр – 3,7лейк – 7,0 СОЭ –15 мм/час

э- 1% п- 1% с- 63% л- 31 % м-4 %

10.02.15 Биохимия: СКФ –93,9 мл./мин., хол –7,4 тригл -1,26 ХСЛПВП -1,8 ХСЛПНП -5,0 Катер -3,1 мочевина – 4,7 креатинин –81,6 бил общ –12,8 бил пр –2,9 тим – 2,19 АСТ – 0,43 АЛТ – 0,37 ммоль/л;

10.02.15 Анализ крови на RW- отр

10.02.15 К – 4,5 ; Nа – 144 Са- 3,02 ммоль/л

### 10.02.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –5-6 в п/зр белок – 0,45 ацетон –отр; эпит. пл. -ум в п/зр

11.02.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,072

12.02.15 Суточная глюкозурия – 0,33 %; Суточная протеинурия – 0,538

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 10.02 | 16,0 | 9,6 | 3,5 | 9,0 | 10,0 |
| 12.02 | 15,5 | 11,9 | 8,9 | 6,0 | 12,9 |
| 15.02 | 9,1 | 2,6 | 10,8 | 4,6 | 7,5 |
| 17.02 | 3,2 | 3,1 | 6,4 | 7,4 |  |
| 18.02 | 15,1 | 13,8 | 6,6 |  |  |
| 20.02 |  | 14,9 |  |  |  |
| 21.02 | 13,6 | 12,0 | 5,9 | 8,4 |  |
| 23.02 | 11,3 | 13,0 |  |  |  |

11.02.15Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия. Цереброастенический с-м. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

09.02.15Окулист: VIS OD= 0,8 OS= 0,7

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

09.02.15ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовая аритмия. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Высокие з.Тв V3-V4 ваготония.

11.02.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия ПМК 1 ст СН0. САГ II ст.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.02.15Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия.

13.02.15Гастроэнтеролог: ГЭРБ, рефлюкс эзофагит. Хронический гастродуоденит с умеренно выраженным диспепсическим синдромом. Ассоциированный с H-pylory.

17.02.15 осмотр асс каф терпи Ткаченко О.В.: У больной имеет место: ГЭРБ, рефлюкс эзофагит. Хронический гастродуоденит с умеренно выраженным диспепсическим синдромом. Ассоциированный с H-pylory

20.02.15 Р-гр ОГК; 84790: Легкие и сердце в норме.

10.02.15РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

10.02.15Допплерография: ЛПИ справа – 1,3, ЛПИ слева –1,35 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

12.02.15Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

09.02.15УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,7 см3; 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: лазолван, розувастатин, вис-нол, эзолонг, азимак, Новорапид, Левемир, актовегин, ноотропил, глюкоза 40%.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. Нормализовалась Т° тела. АД 115/70 мм рт. ст. Гипергликемия в утренние часы обусловлена остаточными явлениями перенесенной ОРВИ. Выписывается из стационара для дальнейшего лечения у терапевта по м/ж по поводу ОРВИ. В условиях стационара 20.02.15 у пациентки зафиксировано тяжелое гипогликемическое состояние (вероятнее всего на фоне ОРВИ).

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о-5-7 ед., п/уж -5-7 ед., Левемир п/з -13-15 22.00 13-15 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.

Рек. кардиолога: дилтиазем ретард 90мг 1\*1-2р/д., кардонат 1т. \*3р/д. 1 мес, Контроль АД, ЭКГ.

1. Актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
2. Рек. нефролога: курсы сосудистых препаратов, фитотерапия – канефрон, нефрофит, фитолит.
3. Рек. окулиста: оптикс 1т.\*1р/д.
4. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, де-нол 2т 2р/д за 30 мин до еды, 1 мес, эзолонг 40 мг 1т 1р/д, за 1 час до еды утром.
5. Рек асс каф терпи Ткаченко О.В: индап 2,5 мг 1т утром, рамиприл 2,5 мг 1т/сут (учитывая АГ), кларитромицин 500 мг 2р\д 10 дней, гастро-норм 2т 2р\д, эзолонг 1т утром.
6. Продолжить лечение и наблюдение у терапевта по м/ж (учитывая остаточные явления ОРВИ)
7. 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 Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Ермоленко В.А

Нач. мед. Костина Т.К.