#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 986

##### Ф.И.О: Емельянова Алина Артуровна

Год рождения: 1991

Место жительства: г. Запорожье булл. Строителей 17/113. Прописана г. Днепрорудный ул. Комсомольская 17-83

Место работы: ООО «Аватар» специалист по информационным технологиям, инв Ш гр.

Находился на лечении с 19.08.16 по 30.08.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Язвенная болезнь, хр. гастродуоденит. Рубцовая деформация луковицы ДПК. Метаболическая кардиомиопатия С-м ВСД.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, тошноту рвоту.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В условиях ОДБ переведена на Лантус, Эпайдра в связи с гипогликемическим состояниями. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о- 13ед., п/у10- ед., Лантус 22.00 – 26 ед. Гликемия –3,0-13,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 07.2016г (госпитализация 27.0516-15.06.16 – кетоацидотическое состояние; 28.06.16-18.07.16 – кетоацидотическое состояние, н/долевая пневмония). Настоящую декомпенсацию связывает с перенесенным гипогликемическим состоянием, в связи кетоацидотическим состоянием была госпитализирована в Васильевскую ЦРБ 18.08.16, в дальнейшем по санавиации переведена в эндокриндиспансер. Госпитализирована в ОИТ в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.08.16 Общ. ан. крови Нв –120 г/л эритр –3,6 лейк – 11,2 СОЭ – 6 мм/час

э- 1% п- 2% с- 72% л- 23% м- 2%

25.08.16 Общ. ан. крови Нв – 122г/л эритр – 3,7 лейк – 14,0 СОЭ –13 мм/час

э- 1% п-5 % с- 76% л- 16 % м- 0%

29.08.16 Общ. ан. крови Нв – 146 г/л эритр –4,4 лейк –9,1 СОЭ – 3,9 мм/час

э- 2% п-0 % с-73 % л-23 % м- 2%

19.08.16 Биохимия: хол –4,62 мочевина –4,4 креатинин – 110 бил общ – 18,2 бил пр – 4,4тим – 1,26 АСТ – 0,39 АЛТ –0,41 ммоль/л;

29.08.16 бил общ -9,3 бил пр – 2,5 АСТ 0,28 АЛТ 0,17

19.08.16 амилаза 29,0 ( 0-90) ед/л

20.08.16 К – 3,5ммоль/л;

22.08.16 К – 3,8ммоль/л;

24.08.16 К – 3,6ммоль/л;

28.08.16 К – 3,85ммоль/л;

30.08.16 ТТГ - взят

20.08.16 Анализ крови на RW- отр

19.08.16 Гемогл – 120; гематокр – 0,40; общ. белок – 66 г/л; К – 3,1 ; Nа –133 ммоль/л

19.08.16 Коагулограмма: вр. сверт. – 8 мин.; ПТИ – 101,8 %; фибр – 2,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ –100 %; св. гепарин – 4\*10-4

25.08.16 Проба Реберга: Д- 2,5л, d-1,74 мл/мин., S-1,61 кв.м, креатинин крови- 101мкмоль/л; креатинин мочи- 5550мкмоль/л; КФ- 102,7мл/мин; КР- 98,3%

### 19.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк ½ в п/зр белок – 0,074 ацетон –4++++; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

С 26.08.16 ацетон – отр

### 29.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ед ; эпит. перех. - в п/зр

20.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1000 эритр -5000 белок – отр

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

25.08.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 26.08.16 Микроальбуминурия –142,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.08 |  | 13,1 | 10,1 | 5,1 | 9,3 |
| 2.08 | 11,4 | 11,5 | 9,6 | 10,0 | 12,5 |
| 23.08 | 15,8 | 11,3 | 15,3 | 6,8 |  |
| 25.08 | 13,3 | 8,2 | 3,1 | 10,9 | 9,8 |
| 27.08 | 11,6 | 7,0 | 7,0 | 4,5 | 13,2 |
| 29.08 | 4,2 |  |  |  |  |
| 30.08 |  | 3,1 |  |  |  |

23.08.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия, цереброастенический с-м,

23.08.16Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 2:3 сосуды широкие, ход сосудов не изменен .

19.08.16ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда.

30.08.16ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

23.08.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия С-м ВСД.

06.2016Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.08.16 На р- скопии ОГК легкие без инфильтрации, корни малоструктурны, сердце без особенностей.

30.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,0 см3; лев. д. V =4,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура мелкозернистая, небольшое количество мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, альмагель, рантак, ККБ, тималин, эмсеф, абифлокс, аспаркам, кардонат, фуросемид, йогурт, тималин. Р-р Дарроу, реосорбилакт, трисоль, ксилат, офлоксацин, фенигидин, метаклопрамид, валериана, индапрес, атоксил.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, периодически субфебрильная Т тела. АД 120/80 мм рт. ст.Нуждается в коррекции инсулинотерапии, контроле гликемии, дообследования в связи с субфебрильной температурой. Пациентка по семейным обстоятельствам настаивает на выписке.

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-16-18 ед., п/о-8-10 ед., п/уж – 6-8ед., Лантус п/з 28-30 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. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д., фитосед 1к 3р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Эналаприл 5 мг утром, индапрес 2,5м утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Рек. невропатолога: нейралгин 300 мг 1т на ночь с увеличением дозы до 300 мг 2р\сут 2-3 нед.
9. Конс. иммунолога после дообследования.
10. 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.
11. Б/л серия. АГВ № 235400 с 19.08.16 по 30.08.16. К труду 31.08.16.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.