#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 974

##### Ф.И.О: Прокофьичева Марина Евгеньевна

Год рождения: 1991

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 25-26

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 16.08.16 по 30.08.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Железодефицитная анемия. Ожирение I ст. (ИМТ 32 кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Артериальная гипертензия.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/100 мм рт.ст., частые гипогликемические состояния

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома кетоацидотическая при выявлении СД. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2005 переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у- 8ед., Лантус 22.00 - 22 ед. Гликемия –9,5-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 5мг. Диффузные изменения щит. железы с 2012. ТТГ – 2,4(0,3-4,0) Мме/мл; АТТГ – 10,0 (0-100) МЕ/мл, АТТПО – 4,8 (0-30) МЕ/мл от 2014. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

17.08.16 Общ. ан. крови Нв –117 г/л эритр –3,5 лейк –3,0 СОЭ –8 мм/час

э- 1% п- 0% с-64 % л- 32 % м-3 %

17.08.16 Биохимия: СКФ –96 мл./мин., хол –5,5 тригл -5,5 ХСЛПВП -1,0 ХСЛПНП 1,74 Катер -2,2 мочевина –3,83 креатинин –96 бил общ –10,5 бил пр –2,5 тим –1,76 АСТ – 0,26 АЛТ –0,26 ммоль/л;

17.08.16 Глик. гемоглобин – 7,1%

22.08.16 Железо – 5,2 (10,7-32,2)мкмоль/л

19.08.16 ТТГ – 2,0 (0,3-4,0) Мме/мл

### 22.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

22.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 5500 эритр - 1000 белок – 0,077

26.08.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

23.08.16 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 0,094

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 17.08 | 4,7 | 3,2 | 3,6 | 3,0 |
| 22.08 | 8,3 | 5,3 | 3,6 | 7,7 |
| 26.08 | 5,2 | 4,2 | 2,5 | 5,7 |
| 29.08 | 10,5 |  | 4,4 |  |

22.08.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма.

17.08.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 2:3, сосуды широкие, умеренно извиты, стенки уплотнены. Единичные микроаневризмы, Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.08.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

19.08.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

25.08.16 гематолог: Железодефицитная анемия.

2014Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

17.08.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

16.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,5 см3; лев. д. V =4,9 см3

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

Лечение: берлиприл, Эпайдра, Лантус, тиогамма.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80-140/90 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-9-10 ед., п/о- 8-9ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 22.00 22-24 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: Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Берлиприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: витаксон 1т 2р/д 1 мес.
10. Рек. гематолога: Дан совет по питанию. . тардиферон 2т./д. 1 мес, 1т/сут 3 мес, 1тсут 10 дней после каждой менстр. Контроль через месяц с анализом крови.
11. 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.

Нач. мед. Костина Т.К.