#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1196

##### Ф.И.О: Подриз Маргарита Романовна

Год рождения: 1993

Место жительства: г. Запорожье ул. Цюцюры, 29

Место работы: н/р

Находился на лечении с 05.10.16 по 17.10.16 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, хроническое течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Хронический эрозивный гастродуоденит в стадии обострения, (H-pylory – отр).

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния 2-3р/д на фоне физ нагрузок, боли в проекции сердца при стабильных цифрах АД (100/60-130/70).

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2013 в связи с недостижением компенсации переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з-12-14 ед., п/о- 14ед., п/у-8-10 ед., Левемир 22.00 -20 ед. Гликемия –1,8-15 ммоль/л. . Последнее стац. лечение в 09.2014г (на фоне беременности, 29-30 нед. Роды 08.11.14, самостоятельные, без особенностей). ТТГ – 2,17 (0,3-4,0) Мме/мл; Т4св – 17,7 АТ ТПО – 52,4 (0-30) МЕ/мл от 16.07.16 Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

06.10.16 Общ. ан. крови Нв –13,6 г/л эритр –4,9 лейк – 5,9 СОЭ –3 мм/час

э- 4% п- 3% с- 55% л- 32 % м-6 %

06.10.16 Биохимия: СКФ –100,8 мл./мин., хол –6,5 тригл -1,04 ХСЛПВП -2,4 ХСЛПНП – 3,6Катер -1,7 мочевина – 3,5 креатинин –73,1 бил общ –12,0 бил пр – 3,0 тим –4,0 АСТ – 0,31 АЛТ – 0,24 ммоль/л;

13.10.16 Глик. гемоглобин -5,9%

### 07.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 7-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. -много в п/зр

11.10.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - белок – отр

11.10.16 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – отр

##### 13.10.16 Микроальбуминурия –86,5 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.10 | 39 | 5,6 | 5,5 | 3,5 |  |
| 10.10 | 2,6 | 2,4 | 10,8 | 9,5 | 4,0 |
| 12.10 | 6,2 | 8,1 | 9,2 | 4,0 |  |
| 14.10 | 5,8 | 4,8 | 10,0 | 13,8 |  |

05.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

05.10.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

10.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

11.10.16 Дупл сканирование вен н/к: Эхопризнаков внутрипросветных образований не выявлено.

12.10.16 ФГДЭС: эрозивный бульбит.

12.10.16Гастроэнтеролог: Хронический эрозивный гастродуоденит в стадии обострения, (H-pylory – отр).

07.10.16 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

05.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,0 см3; лев. д. V = 7,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Новорапид, Левемир де-нол, био-гая, тринефрон, диалипон, витаксон, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 100/60-130/70 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: Новорапид п/з-8-10 ед., п/о- 12-14ед., п/уж -8-10 ед., Левемир 22.00 16-18 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. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
7. Рек гак гастроэнтеролога: де-нол или гастронорм 1т 2р\д за 30 мин до еды 1 мес, повторный осмотр после лечения.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. Тринефрон (канефрон )2т 3р\д с контролем ан. мочи. В течении 6 мес. . уросептики (по 2 недели каждого месяца уролесан, фитолизин, отвар трав спорыш, толокнянка, почечный чай). Контроль ан. мочи по Нечипоренко.
10. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р в 6 мес.
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 Рубанович И.Г.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.