#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 784

##### Ф.И.О: Гурьева Лолита Дмитриевна

Год рождения: 1993

Место жительства: Запорожский р-н, ул. Казачества 29-51

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 28.06.16 по 12.07.16 в диаб. отд. ( 28.06.16-04.07.16 ОИТ)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям декомпенсация. Кетоацидотическое состояние. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Судорожный приступ неясной этиологии. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1. Нарушение менструального цикла по типу гиперменореи.

Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, слабость, утомляемость, сухость во рту, жажду, на кануне госпитализации тяжелое гипогликемическое состояние с судорожным с-мом.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г. Комы - кетоацидотическая – 1997, гипогликемическая – 2014. Постоянно инсулинотерапия. Ранее принимала Актрапид НМ, Протафан НМ С 2007 Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-8 ед., п/о-8 ед., п/у- 8ед., Лантус 22.00 – 34 ед. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований

29.06.16 Общ. ан. крови Нв –126 г/л эритр – 3,9 лейк – 10,0 СОЭ – 56 мм/час

э- 4% п- 5% с-70 % л- 17 % м- 4%

01.07.16 Общ. ан. крови Нв –107 г/л эритр – 3,4 лейк –5,8 СОЭ – 63 мм/час

э- 1% п- 5% с-73 % л- 13 % м- 8%

29.06.16 Биохимия: хол –4,71 тригл -0,92 ХСЛПВП -1,06 ХСЛПНП -3,23 Катер -3,4 мочевина –5,4 креатинин – 116,6 бил общ –11,0 бил пр –2,7 тим – 2,6 АСТ –0,12 АЛТ – 0,27 ммоль/л;

28.06.16 Анализ крови на RW- отр

29.06.16 К – 3,88 Nа – 138,4 ммоль\л

01.07.16 К – 3,6ммоль\л

03.07.16 К – 3,7ммоль\л

04.06.16 К – 4,4 ммоль\л

29.06.16 Гемогл – 126 ; гематокр – 0,4; .06.16 Гемогл – ; гематокр – ; общ. белок – г/л; К – ; Nа – ммоль/л

29.06.16 Коагулограмма: вр. сверт. –11 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр – 6,7 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 103%; св. гепарин – 2

01.07.16 фибр – 6,7

03.07.16 Коагулограмма: вр. сверт. –8 мин.; ПТИ – 93,8 %; фибр – 3,8 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 78%; св. гепарин – 8

06.07.16 бак посев мочи прилагается

### 29.06.16 Общ. ан. мочи уд вес м\м лейк –18-24 в п/зр белок – 0,192 ацетон –4++++; эпит. пл.много - ; эпит. перех. -ум в п/зр

С 02.07.16 ацетон – отр

02.07.16 Проба Реберга: L2,3- л, d- 1,6мл/мин., S-1,93 кв.м, креатинин крови-96 мкмоль/л; креатинин мочи- 4292 мкмоль/л; КФ-64,1 мл/мин; КР-97,5 %

01.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -6000 эритр - 7000 белок – отр

02.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 800 эритр - 500 белок – отр

11.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 13000 эритр - 250 белок – отр

02.06.16 Суточная глюкозурия – 0,28 %; Суточная протеинурия – отр

02.06.16 Суточная глюкозурия - отр; Суточная протеинурия – отр

##### 08.06.16 Микроальбуминурия – 100,7мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 28.06 |  |  | 10,0 | 9,2 | 9,0 |
| 30.06 | 9,7 | 5,6 | 10,0 | 11,2 | 8,4 |
| 02.06 | 11,6 | 16,1 | 12,1 | 3,8 | 6,0 |
| 04.07 | 3,5 |  |  |  |  |
| 05.07 | 12,8 | 11,3 | 13,4 | 11,0 | 7,1 |
| 07.07 | 11,4 | 16,5 | 3,7 | 5,7 | 6,8 |
| 09.07 |  | 16,6 | 14,2 |  |  |
| 11.07 | 5,1 | 5,5 | 7,1 | 10,2 |  |
| 12.07 2.00-12,9 | 6.00-8,9 |  |  |  |  |

29.06.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Судорожный приступ неясной этиологии. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м.

30.6.16 Окулист:

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии сужены, вены расширены, сосуды извиты. Макулярная область без особенностей. Д-з: Диабетическая ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

29.06.16ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

29.06.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1.

05.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

29.06.16: Р-гр ОГК: Легкие без инфильтрации корни малоструктурны, сердце увеличен лев. желудочек.

07.07.16 ФГ ОГК№ 97291: без патологии.

08.07.16Нефролог: ХБП II ст.: пиелонефрит, обострение.

05.07.16Гинеколог: Нарушение менструального цикла по типу гиперменореи.

07.07.16 УЗИ ОМТ: Эхопризнаков структурны изменений не выявлено.

30.06.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

29.06.16 МРТ головного мозга: на момент исследования очагов патологической интенсивности сигнала в структурах головного мозга не отмечается

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиоктодар, предуктал MR, витаксон, кораксин, адаптол, новопасит, сода-буфер, трисоль, ксилат, реосорбилакт, эмсеф, абифлокс, ККБ, стереофундин, солкосерил, луцетам, ксантинол линекс, левофлоксацин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, окулиста, кардиолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -5-7 ед., Лантус 22.00 26-28 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: ивабрадин 5 мг 2р\д, тиотриазолин 200 мг 3р\д, предуктал MR 1т 2р\д.Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
7. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
8. В течении 6 мес. 2 нед. уросептики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксин 1 т.\*2 р., цифран 500 мг 1 т.\* 3 р., амоксиклав, аугментин 825 мг 1т.\*2 р.), 2 нед. отвар трав (спорыш, толокнянка, почечный чай), Канефрон 2т. \*3р/д. Контроль ан. мочи по Нечипоренко ч/з 7-10 дней. При необходимости повторный посев мочи на стерильность. Наблюдение и лечение у уролога по м\ж
9. Рек. нефролога: показан антибактериальная терапия с использованием аминогликозидов (амикоцин) с учетом скорости клубочковой фильтрации.
10. Рек гинеколога: наблюдение гинеколога по м\ж.
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 Гура Э. Ю.

и/о Зав. отд. Гура Э. Ю.

Нач. мед. Костина Т.К.