#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 193

##### Ф.И.О: Мичкурова Надежда Анатольевна

Год рождения: 1971

Место жительства: Михайловский р-н, с. Старобогдановка ул. Мира 25

Место работы: н/р, инв II гр.

Находился на лечении с 12.02.16 по 01.03.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Дисметаболическая энцефалопатия I, цереброастенический с-м. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, болевая форма. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. САГ I ст.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния 3-4 раза в неделю в ночное время.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1995гв кетоацидотической коме. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемическая в 1996, 1998, 1999. Постоянно инсулинотерапия. Ранее принимал различные виды инсулина. В 2009 переведена на Новорапид В наст. время принимает: Новорапид п/з-12 ед., п/о- 8ед., п/у- 8-10ед., Протафан НМ 22.00 19 ед. Гликемия –5,3-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 2 лет. Гипотензивные препараты принимает нерегулярно. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.02.16 Общ. ан. крови Нв – 113 г/л эритр – 3,6 лейк – 5,1 СОЭ –26 мм/час

э- 8% п-1 % с- 54% л- 29 % м-8 %

19.02.16 Общ. ан. крови Нв –112 г/л эритр – 3,5 лейк –5,8 СОЭ –38 мм/час

э- 4% п- 0% с-59 % л- 31% м- 6%

15.02.16 Биохимия: СКФ –80 мл./мин., хол –6,48 тригл – 1,66ХСЛПВП -2,33 ХСЛПНП -3,39 Катер 1,8 мочевина –4,2 креатинин –58 бил общ –11,8 бил пр – 2,9 тим – 2,0 АСТ –1,16 АЛТ –1,71ммоль/л; об.белок-67,1 г/л

29.02.16 бил общ –10,8 бил пр – 2,5 тим – 3,3 АСТ –0,39 АЛТ – 0,95 ммоль/л;

15.02.16 Анализ крови на RW- отр

19.02.16 К – 5,0 ; Nа –141 , Са-2,28 ммоль/л

### 16.02.16 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 2-4 в п/зр белок – 0,076 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр

18.02.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - 5000 белок – 0,094

15.02.16 Суточная глюкозурия – 1,32%; Суточная протеинурия – 0,152

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.02 2.00-7,1 | 13.02 | 10,1 |  | 4,3 | 10,7 |
| 15.02 | 8,1 | 4,1 | 2,3 | 9,1 |  |
| 18.02 | 11,8 | 7,3 | 10,4 | 12,7 |  |
| 20.02 | 10,3 | 7,7 | 11,4 | 14,3 |  |
| 23.02 | 9,5 | 14,2 | 12,7 | 13,2 |  |
| 25.02 | 10,5 | 11,7 | 21,5 | 15,6 | 22,0 |
| 26.02 | 10,2 |  |  |  | 13,9 |
| 27.02 | 20,8 | 13,3 | 15,6 | 9,8 |  |
| 29.02 | 6,1 | 6,0 | 8,9 |  |  |

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

12.02.16Окулист: VIS OD= 0,7 OS= 0,5

Артерии сужены, начальные склеротические изменения. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

12.02.16ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовая тахикардия, парная суправентрикулярная экстрасистола. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

15.02.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

16.02.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1. САГ I ст

10.02.16 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.02.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

26.02.16 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст; функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме правой почки .

12.0.216УЗИ 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 с небольшим количеством мелкого фиброза. однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Протафан НМ, диалипон, бисопролол, альгерика.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид НМ п/з 13-15 ед п/о- 8-9ед., п/у- 10-11ед., 22.00 Протафан НМ 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: небивалол 5 мг утр., предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. Рек. невропатолога: Р-графия ПОП, альгерика 150 мг\* 2 р/д, 2-3 нед.
10. Рек. окулиста: вазонит 1т.\*2р/д., оптикс форте 1т 1р\д
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.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.