#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 535

##### Ф.И.О: Безрук Дарья Владимировна

Год рождения: 1988

Место жительства: г. Запорожье ул. В .Лобановского 9-1

Место работы: н/р, инв II гр .

Находился на лечении с 10.04.17 по 28.04.17 в диаб. отд. (ОИТ 21.04.17-24.04.17)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состоянии 1 ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4) хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. 1 ст. Ампутационная культя II п левой стопы. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопический астигматизм ОИ. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Катаральный гайморит. Искривление перегородки носа.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, зябкость стоп, шаткость ходьбе, ,боли в грудного и поясничного отдела.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ, Эпайдра, Лантус. С 2014 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 5-7ед., п/о- 7ед., п/у-5 ед., Левемир п/ 12 ед, 22.00 – 16 ед. Гликемия –2,8-20,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. В 1999 ампутация ш п левой стопы по поводу гангрены. Декомпенсацию связывает с перенесенными беременностью, родами (2014, 2016) Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 11.04 | 129 | 3,9 | 4,4 | 18 | 1 | 1 | 64 | 32 | 2 |
| 14.04 |  |  |  | 15 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.04 |  | 5,1 | 1,18 | 1,8 | 2,8 | 18 | 4,2 | 88,0 | 9,5 | 2,4 | 1,9 | 0,14 | 0,2 |

21.04.17 Анализ крови на RW- отр

21.04.17 Гемогл – 123 ; гематокр – 0,38 ; общ. белок – 73,3 г/л; К – 4,67 ; Nа –137 ммоль/л

22.04.17 К – 4,5;

23.04.17 К – 4,5;

23.04.17 Проба Реберга: креатинин крови- 74,8 мкмоль/л; креатинин мочи-7150 мкмоль/л; КФ-99,4 мл/мин; КР- 98,9%

### 11.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк – 16-18 в п/зр белок – 0,235 ацетон –отр; эпит. пл. – ед много ; эпит. перех. - ед в п/зр

### 21.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 5-6 в п/зр белок – 0,235 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - ед в п/зр

13.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 750 эритр -белок – 0,079

22.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 10500 эритр -250 белок – 0,12

23.04.17 Суточная глюкозурия – 0,87 %; Суточная протеинурия – 0,148

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.04 | 14,3 | 15,5 | 12,2 | 2,0 | 4,8 |
| 13.04 | 18,3 | 13,0 | 6,6 | 10,8 | 10,8 |
| 14.04 | 8,7 |  |  |  |  |
| 18.04 | 12,0 | 6.2 | 8.7 | 5.2 |  |
| 21.04 | 15,0 | 6,7 | 7,0 | 4,6 |  |
| 22.04 | 10,2 | 8,7 | 2,6 | 12,1 | 7,5 |
| 25.04 | 5,4 | 5,4 | 6,8 | 13,0 | 4,0 |
| 27.04 2.00-3,9 | 7,6 | 7,1 | 10,4 | 5,2 | 6,6 |
| 28.04 2.00-4,9 | 4,2 |  |  |  |  |

10.4.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 4) хроническое течение. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м

10.04.17 Окулист: VIS OD= 0,6цил – 0,5 д=1,0 OS=0,6 цил 0,5 =1,0

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, широкие склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопический астигматизм ОИ.

10.04.17ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

24.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. 1 ст. СПО (ампутация II п левой стопы 1999)

11.04.17 ЛОР: Катаральный гайморит. Искривление перегородки носа.

11.04.17 На р- гр ППН пристеночно снижена воздушность обеих гайморовых пазух, отек слизистой носа.

14.04.17 КТ ППН: КТ признаки хронического гаймороэтмоидита, ринита, S-образной

14.04.17 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

10.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,8 см3; лев. д. V =5,7 см3

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

Лечение: Левемир, Новорапид, линекс, тивортин, энтеросгель, аспаркам, актовегин, пирацетам, мексиприм, цефтриаксон, аспаркам, чисто нос, валериана, левофлоксацин, флуконазол, трисоль, ксилат, эвказолил, армадин.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст. Несколько уменьшилась заложенность носа, сохраняются головокружения.

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-6-8 ед., п/уж -8-10 ед., Левемир 22.00 18-20 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. Актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес. пирацетам 1т 3р/д 1 мес.
8. Повторная консультация ЛОР для определения дальнейшей тактики ведения.
9. 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. Карпенко И.В