#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1373

##### Ф.И.О: Авилова Тамара Николаевна

Год рождения: 1967

Место жительства: К-Днеровский р-н, К-Днепровская ул. Калинина 108

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 05.10.17 по 18.10.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, ст. декомпенсации. Осложненная катаракта. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Ожирение II ст. (ИМТ 35кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Гипертензивное сердце СН II А ф. кл II . Риск 4. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Цервицит. Хронический пиелонефрит, латентное течение, ст. нерезкого обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, шаткость при ходьбе, головокружение, одышку при ходьбе, колющие боли в сердце.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1990г. при обращении к врачу по поводу потери веса, сухости во рту, жажды. С того же времени инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ, с 2003 переведен на Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 14ед., п/у- 10ед. Хумодар Б100Р п/з 26 ед, п/у 28 ед. Гликемия –3,4-17,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает индапрес, трифас. 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 |
| 06.10 | 136 | 4,1 | 4,7 | 33 | 1 | 0 | 56 | 41 | 2 |
| 17.10 | 137 | 4,1 | 3,0 | 25 | 0 | 1 | 59 | 38 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 06.10 | 119 | 6,43 | 1,98 | 1,61 | 3,91 | 3,0 | 4,3 | 63 | 26,8 | 6,2 | 3,6 | 0,77 | 1,1 |
| 17.10 |  |  |  |  |  |  |  |  | 18,4 | 4,3 | 5,2 | 0,68 | 1,22 |

06.10.17 Глик. гемоглобин – 10,8%

06.10.17 Анализ крови на RW- отр

06.10.17 К –3,31 ; Nа – 131,5 Са++ -1,08 С1 - 105 ммоль/л

10.10.17 К –3,28 ; Nа – 131,8Са++ -1,09 С1 - 103 ммоль/л

### 06.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк – 12-14 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - мног; эпит. перех. - в п/зр

10.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 3500 эритр - белок – отр

17.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - 250 белок – отр

09.10.17 Суточная глюкозурия – 0,73 %; Суточная протеинурия – отр

##### 12.10.17 Микроальбуминурия –115,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 06.10 | 9,1 | 11,8 | 11,0 | 11,2 | 8,3 |
| 08.10 | 10,4 | 11,6 | 9,4 | 13,5 | 10,5 |
| 11.10 | 7,5 | 10,7 | 9,9 | 12,6 | 14,5 |
| 16.10 | 4,0 | 8,0 | 6,1 | 9,6 | 8,2 |
| 17.10 2.00-4,9 |  |  |  |  |  |

17.0.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),, Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м, цефалический с-м Рек: МРТ в плавном порядке, церебролизин 5,0 в/в, армадин 4,0 в/в, магнерот 1т 2р/д 1 мес,.

11.10.17 Окулист: VIS OD=0,5сф – 1,0=0,6 OS= 0,07-3,0=0,8; Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: вены широкие, полнокровны, рыхлые, множественные микроаневризмы, артерии сужены, с-м Салюс 1 ст. В макуле рефлекс сглажен. Д-з: Осложненная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Рек: офтан катахром 1к 2р/д.

05.10.17 ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

09.10.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

10.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

18.10.17 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом, артериальная гипертензия.

06.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена. Нарушение кровообращения справа IIст слева – II – Шст.

06.10.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева – .1,0 Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

18.00.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 2ст ; мелких конкрементов в почках.

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

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

Лечение: тиогамма, мильгамма. тивортин, эринорм, лозап, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, индапрес, торсид, эналаприл, левофлокс, флуконазол.

Состояние больного при выписке: Нормализовались показатели гликемии, , уменьшились боли в н/к, в поясничной области.. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з-16-18 ед., п/уж – 14-16ед., Хумодар Б100Р п/з- 38-40ед., п/уж 30-32 ед.,
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Гипотензивная терапия: лозап 50 мг индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.,
9. Рек нефрлога: контроль крови, мочи, УЗИ контроль почек 1-2 р/ год после завершения курса а/б терапии прием канефрон 2т 3р/д 1 мес ,адекватная противогипертензивная терапия.

Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В