#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1273

##### Ф.И.О: Мельник Анжела Викторовна

Год рождения: 1994

Место жительства: г. Энергодар ул. Казацкая 3-105

Место работы: н/р , инв II гр

Находился на лечении с 13.09.17 по 20.09.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, , тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хр. пиелонефрит в стадии ремиссии. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), Оперированная отслойка сетчатки, авитрия, осложнённая катаракта ОД. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит железы. Эутиреоз. НЦД по смешанному типу.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, отеки голеней и стоп, гипогликемические состояния чаще в утренние часы 2-3 р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы гипогликемические неоднократно (последняя – 2008). Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о- 10ед., п/у- 10ед., Лантус 22.00 22-26ед. Гликемия –1,9-18,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Отмечает непереносимость препаратов а-липоевой кислоты. 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 |
| 14.09 | 157 | 4,7 | 4,7 | 19 | 5 | 0 | 54 | 38 | 3 |
| 19.09 | 145 | 4,4 | 4,9 | 3 | 2 | 0 | 66 | 30 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.09 | 61 | 7,0 | 1,58 | 1,63 | 4,63 | 3,2 | 5,3 | 106 | 10,0 | 2,1 | 2,3 | 0,12 | 0,19 |

14.09.17 Глик. гемоглобин – 14,1%

14.09.17 ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТПО –88,0 (0-30) МЕ/мл

14.09.17 К –3,8 ; Nа –137 Са++ -1,10 С1 -103 ммоль/л

### 14.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 10 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,031 ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. - ед в п/зр

18.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

15.09.17 Суточная глюкозурия – 3,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 15.09.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.09 | 12,2 |  | 7,2 | 7,8 |  |
| 16.09 | 9,5 | 6,8 |  | 9,1 |  |
| 19.09 | 4,4 |  | 10,9 | 5,4 |  |

15.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),

14.09.17Окулист: VIS OD= движение руки у лица OS=0,8 ОД в хрусталике негомогенное помутнение гл. дно не офтальмоскопируется. OS – на гл. дне сосуды широкие, извиты, депигментация, глиоз по ходу сосудов у диска, следы от ЛК, микроаневризмы Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Оперированная отслойка сетчатки, авитрия, осложнённая катаракта ОД.

13.09.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена влево.

14.09.17Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

14.09.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.09.17Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, в сочетании с пиелонефритом в стадии ремиссии

14.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II – Ш ст. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

18.09.17Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

13.09.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6 см3; лев. д. V = 4,6см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура, крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Лантус, актовегин, келтикан.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован. АД 130/70 мм рт. ст. Пациентка настояла на выписке из отделения в связи с семейными обстоятельствами.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з- 8-10ед., п/о-10-12 ед., п/уж - 10ед., Лантус 22.00 22-23 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг с контролем липидограммы 1р 3 нед.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 1 нед
8. эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: актовегин 1т 3р/д 1 мес. келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. 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.
13. Рек окулиста: оперативное лечение ФЭК + ИОЛ на ОД.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В