#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 47

##### Ф.И.О: Василец Юлия Григорьевна

Год рождения: 1983

Место жительства: Ореховский р-н, с. Юрковка ул. Космическая 6

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.01.17 по 25.01.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с хр. пиелонефритом, обострение. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ. Фиброзно-кистозная мастопатия. Атрофический вульвовагинит. Дисметаболическая энцефалопатия 1, преимущественно в ВБС, Ликворно гипертензионный с-м, на фоне Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 10 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/100 мм рт.ст., головные боли, отеки лица по утрам.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1994г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2008 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на аналоги. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 6ед., п/о-8-10 ед., п/у- 8-10ед., Лантус 22.00 30 ед. Гликемия 2,8-12,0 ммоль/л. НвАIс - 8 % от 11.2016 . Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Диабетическая нефропатия с 2005 в виде протеинурии, артериальной гипертензии. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.01.17 Общ. ан. крови Нв –132 г/л эритр – 3,9 лейк –4,7 СОЭ – 6 мм/час

э- 3% п-0 % с-80 % л11- % м-6 %

12.01.17 Биохимия: СКФ –58,2 мл./мин., хол –4,6 тригл -1,07 ХСЛПВП -1,8 ХСЛПНП -2,31 Катер -1,5мочевина –5,3 креатинин –110 бил общ –11,0 бил пр –2,7 тим – 1,3 АСТ – 0,31 АЛТ – 0,20 ммоль/л;

13.01.17 К – 4,16 ; Nа –140 Са – 2,2 Сл-99,4 ммоль/л

### 18.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

20.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -19500 эритр -250 белок – 0,071

23.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -4000 эритр -250 белок – отр

20.01.17 Суточная глюкозурия – 0,063%; Суточная протеинурия – 0,063

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 12.01 | 12,2 |  |  |  |  |
| 13.01 | 11,8 |  | 2,5 | 6,8 | 4,5 |
| 16.01 | 5,6 | 7,3 | 9,,3 | 3,0 | 3,5 |
| 20.01 | 9,4 | 4,7 | 4,0 | 10,4 |  |
| 24.01 | 4,0 | 5,1 | 3,5 | 2,7 |  |

16.01.17 Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1, преимущественно в ВБС, Ликворно гипертензионный с-м, на фоне Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника шейного отдела позвоночника. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

23.01.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9-1,0 ;

Помутнения в задней капсуле хрусталика. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены полнокровны, единичные микроаневризмы, сосуды умеренно извиты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная катаракта ОИ.

11.01.17ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. блокада передней ветви ЛНПГ.

16.01.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

13.01.17Гинеколог: Фиброзно-кистозная мастопатия. Атрофический вульвовагинит.

25.01.17 УЗИ почек пр = 11,6\*3,9\*4,6 см левая 10,2\*4,3\*4,7: структурных изменений не выявлено.

13.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,2 см3; лев. д. V = 5,5 см3

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

Лечение: хипотел, флебодиа, сермион, Лантус, Эпайдра эналаприл, тиогамма, тивортин, мильгамма, кортексин, ипигрикс, ципрофлоксацин, флуконазол, ципрофлоксацин,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, без клинических проявлений, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-6-8 ед., п/о-8-10 ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 22.00 30-32 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: хипотел 80 мг 1р\сут, бисопролол 5-10 мг утром. аспирин кардио 100 мг 1р\д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., тивортин 1л 2р/д.
10. Рек. невропатолога: сермион (ницериум 30 УНО) 30 мг утр. до 2 мес., флебодиа 600 мг\д до 2 мес.
11. Рек. окулиста: визилотон 1к 3р\д в ОИ постоянно.
12. Ципрофлоксацин 400 мг 1т 2р\д до 10 дней. флуконазол 50 мг 1т /сут до 10 дней. Контроль ан. мочи.
13. Рек гинеколога: анализ на макропролактин, гинодек p/v № 14 мазь левомиколь местно.
14. 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