#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1005

##### Ф.И.О: Славина Елизавета Юрьевна

Год рождения: 1994

Место жительства: Черниговский р-н с. Новополтавка ул. Центральная 15

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 13.07.17 по 25.07.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Ацетонурия. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Осложненная катаракта ОИ. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН I. с-м вегетативной дисфункции перманентно-пароксизмального характера.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния преимущественно в ночное время (в ранние утренние часы) купируемые приемом сладкого до 1р нед, учащенное сердцебиение, одышка при ходьбе и подъеме на 2 этаж, периодически покашливание, тяжесть и боли в эпигастрии, вздутие живота, сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за 2 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение, ног, головные боли, запоры.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Дебют с кетоацидоза, появились диаб. жалобы, выявлена гипергликемия 15,0 моль\л, была ургентно госпитализирована в ОДБ. . Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия, однако в связи с неустойчивой гликемией тогда же назначен Лантус, Эпайдра. .В наст. время принимает: Эпайдра п/з-15 ед., п/о- 12ед., п/у-12 ед., Лантус 22.00 22 ед. Гликемия –2,4-15,0 ммоль/л. Комы: кетоацидотическая – 2008, гипогликемическая 04.2016. 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 |
| 14.07 | 125 | 3,7 | 4,9 | 32 | 1 | 1 | 59 | 37 | 2 |
| 19.07. | 128 | 3,9 | 4,5 | 31 | 1 | 1 | 58 | 37 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 14.07 | 84 | 5,59 | 0,8 | 3,1 | 2,14 | 0,8 | 4,1 | 87 | 12,4 | 3,6 | 2,0 | 0,1 | 0,26 |

14.07.17 Глик гемоглобин -11,1%

14.07.17ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 17,0 (0-30) МЕ/мл

14.07.17 К – 4,63 ; Nа 130 Са++ -1,2 С1 - 103 ммоль/л

### 14.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1031 эрит 0-1-2лейк –ед в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

17.07.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500эритр - 500 белок – отр

13.07.17 Суточная глюкозурия – 2,4%; Суточная протеинурия – 0,029

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 14.07 | 17,0 | 17,6 | 2,8 | 18,0 |  |
| 15.07 | 12,5 | 11,2 | 9,7 | 5,6 |  |
| 19.07 | 9,6 | 12,9 | 5,1 | 5,3 |  |
| 21.07 | 3,7 | 10,6 | 10,6 | 4,2 |  |
| 23.07 2.00-8,8 | 12,6 | 8,0 | 5,0 | 10,2 |  |
| 24.07 |  |  | 14,4 | 11,0 | 5,6 |
| 25.07 2.00-10,3 |  |  |  |  |  |

19.07.17 5 стандартных проб: ДАНС выраженные изменения .

21.07.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсорномоторная форма. СВД, перманентно-пароксизмального характера. Рек: бифрен 10 мг 3р\д, актовегин 5,0 в/в, неогабин 75мг 2р\д 1мес.

17.07.17 Окулист: VIS OD= 0,2сф – 2,0=0,5 OS= 0,4сф – 2,0=0,6

Оптические среды прозрачны. В хрусталике помутнения. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 артерии извиты, вены уплотнены, расширены, В макуле рефлекс сглажен. Д-з: Осложненная катаракта ,ангиопатия сетчатки, миопия сл. степени ОИ. Рек: в ОИ офтан-катахром 1у 3рр\д. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

13.07.17 ЭКГ: ЧСС - 92уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

17.07.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д, ивабрадин 5 г 1-2 . Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

17.07.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

19.07.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,6 см3; лев. д. V = 5,3см3

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

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиогамма,

Состояние больного при выписке: пациентка нуждается в дальнейшей коррекции доз инсулина, однако настаивает на выписке по семейным обстоятельствам. От Инвазионной терапии и проведении спирографии в настоящее время отказалась.

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- 15ед., п/о-12-14 ед., п/уж -11-12 ед., Лантус 22.00 16-18 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р в 3 мес
5. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес..
6. Кораксан 5 мг 1т 2р\д под контролем ЧСС. ЭХОКС в плановом порядке с послед конс кардиолога.
7. Соблюдение рекомендаций невропатолога.
8. Спирография в плановом порядке с послед конс. аллерголога, пульмонолога
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в год.
10. 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 Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В