#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 945

##### Ф.И.О: Доброхлеб Анастасия Витальевна

Год рождения: 1986

Место жительства: Токмакский р-н, г. Молочанск ул. Садовая 29

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 16.07.18 по  26.07.18 в энд. 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 (NSS 2, NDS 2). ХБП IV ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. СВД, цефалгический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г ( с 10 летнего возраста), в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома кетоацидотическая – 2005. . Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 7ед., п/о-6 ед., п/у- 4ед., Протафан НМ 12.00 – 17 ед. Гликемия –2,8-20 ммоль/л. НвАIс - 12,7% от 09.02.18 . Последнее стац. лечение в 2017г. Повышение АД в течение 18 лет. Из гипотензивных принимает берлиприл 10 мг 2рт/д, арифон 1,5 мг утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.07 | 127 | 3,8 | 6,1 | 21 | |  | | 1 | 1 | 63 | 32 | | 3 | | |
| 23.07 | 129 | 4,32 | 8,8 | 26 | |  | | 2 | 2 | 67 | 24 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.07 | 35,2 | 4,1 | 1,29 | 0,84 | 2,7 | | 3,9 | 12,4 | 188 | 12,9 | 3,2 | 5,7 | | 0,1 | 0,41 |
| 23.07 | 35,6 |  |  |  |  | |  | 8,2 | 186 |  |  |  | |  |  |

17.07.18ТТГ – 2,04 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 510,0 (0-30) МЕ/мл

17.07.18 К – 4,98 ; Nа – 140 Са++ - 1,22С1 -104 ммоль/л

23.07 общий белок – 7,5

### 17.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –1-2 в п/зр белок – 0,46 ацетон –отр; эпит. пл. ед- ; эпит. перех. - ед в п/зр

23.07.18 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – 0,744

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 16.07 |  |  | 4,6 | 9,0 |  |
| 17.07 2.00-9,1 | 5,4 | 3,4 | 5,7 | 8,9 |  |
| 20.07 | 4,0 | 4,8 | 10,8 | 6,1 |  |
| 22.07 | 11,3 | 11,7 | 10,0 | 4,5 |  |
| 24.07 2.00-7,6 | 7,1 | 4,1 | 4,2 | 5,5 |  |
| 25.07 |  |  |  |  |  |

19.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2). СВД, цефалгический с-м.

17.07.18 Окулист: Гл. дно: сосуды широкие извиты, стенки вен уплотнены. В макуле без особенностей. Ед. микроаневризмы. Д-з: . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

16.07.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево.

17.08.18Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст.

18.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

18.07.18 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

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

16.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,4 см3; лев. д. V = 3,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, бисопролол, карведилол, тиогамма, актовегин, нуклео ЦМФ, витаксон

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. 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. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-5-7 ед., п/о-4-6 ед., п/уж -3 ед., Протафан НМ 22.00 12 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес., креатинина, мочевины, СКФ в динамике.
6. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: каведилол 25 мг 1р/д контроль АД
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. 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: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 1 мес.,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике. УЗИ МВС контроль 2р. в год. диета с ограничением белка, соли, продуктов богатых калием. Адекватная гипотензивная терапия без использованиия ингибиторов АПФ и АРА II, прием препаратов лактулозы 30 мг 2-3р/нед.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Гл. врач Черникова В.В.