#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 196

##### Ф.И.О: Шлянина Наталия Александровна

Год рождения: 1981

Место жительства: г .Запорожье ул. Парамонова 45-89

Место работы: СП Запорожская дистанция сигнализации и связи РФ «Приднепровская ж/д» инженер

Находился на лечении с 07 .02.18 по 16.02.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4), ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. в сочетании с пиелонефритом в стадии ремиссии. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1ст.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния, чаще в ночное время суток, общую слабость, утомляемость, сухость во рту, жажду, снижение веса на 3-4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст. дискомфорт в эпигастральной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы кетоадцотчиеская 1991. С начала заболевания инсулинотерапия. (Актрапид НМ, Протафан НМ). С 2007 в связи с частыми гипогликемческим состояниями переведена на Эпайдра, Лантус В наст. время принимает: Эпайдра п/з-5-6 ед., п/о- 5-6ед., п/у-6-7 ед., Лантус 22.00 12 ед. Гликемия –3-15 ммоль/л. НвАIс – 8,5 % от 17.01.18. Последнее стац. лечение в 2015г. Повышение АД в течение года. Из гипотензивных принимает нолипрел форте 1т 1р\д. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 08.02 | 139 | 4,5 | 7,6 | 24 |  |  | 65 | 25 | 10 |
| 12.02 | 129 | 4,28 | 4,7 | 26 | 0 | 4 | 54 | 39 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 08.02 | 55,8 | 4,97 | 0,99 | 2,48 | 2,04 | 1,0 | 7,1 | 110 | 15,5 | 3,9 | 2,1 | 0,1 | 0,19 |

08.02.18 К –4,62 ; Nа –142 Са++ -1,24 С1 - 99 ммоль/л

### 08.02.18 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –7-8 в п/зр белок – ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

12.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 4500 эритр -500 белок – 0,665

14.02.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – 0,6

09.02.18 Суточная глюкозурия – 1,4%; Суточная протеинурия – 0,386

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 08.02 | 6,8 | 10,5 | 10,8 | 6,6 |  |
| 10.02 | 9,2 | 6,7 | 3,9 | 5,7 |  |
| 13.02 | 7,8 | 7,5 | 3,6 | 5,4 |  |
| 14.02 | 7,7 |  |  |  |  |
| 15.02 | 5,2 |  |  |  |  |

07.02Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4)

09.02.18 Окулист: Гл. дно: сосуды умеренно сужены извиты, формируются твердые экссудаты, на периферии ЛК, ед. микро аневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

07.02.18 ЭКГ: ЧСС 82 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

15.02.18 Кардиолог:

Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

16.02.18Нефролог: ХБП III ст.: диабетическая нефропатия в сочетании с пиелонефритом в стадии ремиссии., артериальная гипертензия.

02.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

15.02.18 УЗИ почек: эхопризнаки диффузных итзменний паренхимы почек, микролитов в обеих почках.

07.02.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,5 см3; лев. д. V = 5,8 см3

Перешеек –0,34 см.

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

Лечение: Эпайдра ,Лантус, нолипрел форте, канефрон, диалипон, актовегин, витаксон, эналаприл, омепразол,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л глик гемоглобина < 6,5%.
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-7-9 ед., п/о- 8-10ед., п/уж 7-9- ед., Лантус 22.00 13-14 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т 1р/д, под контролем 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. нефролога: Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ и АРА 2. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
11. Контроль креатинина, мочевины, СКФ в динамике.
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. Б/л серия. АДГ № 6718 с 07.02.18 по 16.02.18. к труду 17.02.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.