#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1565

##### Ф.И.О: Коваленко Ирина Александровна

Год рождения: 1970

Место жительства: Васильевский р-н, с. Балки ул. Мира 252

Место работы: н/р

Находился на лечении с 11.12.14 по 25.12.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма, начальные проявления. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб1. Узловой зоб 1 ст, Узел правой доли. Эутиреоидное состояние. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Риск 4. Ожирение I ст. (ИМТ 32,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Жалобы при поступлении на ухудшение зрения, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2010г. Комы: гипогликемическая 23.02.13 с вызовом бригады СМП (со слов). С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-24ед., п/у- 14ед., Генсулин R п/з 15 ед, п/у 10. Гликемия –10,0-2,1 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013г. АИТ с 2010. АТ ТГ -378,2 (0-100) МЕ/л; АТ ТПО – 600(0-30) МЕ/мл, ТТГ – 16,4 ММЕ/мл. С 2004 Узловой зоб ТАПБ не проводилась. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

12.12.14 Общ. ан. крови Нв –146 г/л эритр –4,4 лейк – 9,3 СОЭ –14 мм/час

э- % п- 4% с- 64% л- 24% м- 6%

12.12.14 Биохимия: СКФ –90 мл./мин., хол –5,6 тригл – 1,89ХСЛПВП -1,53 ХСЛПНП -3,3 Катер -2,7 мочевина –4,6 креатинин – 86 бил общ –11,8 бил пр –2,6 тим –1,6 АСТ – 0,82 АЛТ –0,32 ммоль/л;

15.12.14 Глик. гемоглобин -8,1 %

14.12.14 Анализ крови на RW- отр

23.12.14 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

12.121.4 ТТГ – 1,2(0,3-4,0) Мме/л

### 12.12.14 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; едэпит. перех. - ед в п/зр, слизь+

15.12.14 Суточная глюкозурия – 4,2 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.12.14 Микроальбуминурия –44,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 13.12 | 13,5 | 15,5 | 4,6 | 7,6 |  |
| 16.12 | 13,7 | 16,4 |  | 5,0 | 6,0 |
| 17.12 2.00-5,8 | 12,2 |  |  |  |  |
| 20.12 | 9,9 | 11,6 | 7,3 | 7,1 |  |
| 23.12 | 5,0 | 4,6 | 8,6 | 9,2 |  |
| 24.12 |  | 5,9 |  |  |  |

ТАПБ проведена 19.12.14

18.12.14 Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма, начальные проявления.

11.12.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0 . Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены расширены. Венный пульс сохранен. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.12.14ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

15.12.14Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Риск 4.

15.12.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

15.12.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

15.12.14Допплерография: ЛПИ справа –1,15 , ЛПИ слева –1,15 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

17.12.14УЗИ: Заключение: Эхопризнаки холецистита, косвенные признаки гастродуоденита. Увеличение диффузные изменения поджелудочной железы. Не исключен песок в почках.

11.12.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 11,5см3; лев. д. V =10,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы умеренно снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с небольшим количеством фиброза.

В пр. доле в в/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,17 \* 0,83см. с кистозной дегенерацией. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Генсулин Р, Генсулин Н, берлитион, витаксон, солкосерил.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80мм 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: Генсулин Р п/з- 20-22ед., п/о-6-8 ед., п/уж -4-6 ед., Генсулин Н 22.00 32-34 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Рек. кардиолога: эналаприл 5 мг утром. Контроль АД, ЭКГ.
4. Индапрес 2,5 мг утром.
5. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес..
6. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в 6 мес. Явка с результатами ТАПБ к эндокринологу.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.