#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1197

##### Ф.И.О: Марьенко Марьяна Евгеньевна

Год рождения: 1978

Место жительства: Токмакский р-н. г. Токмак 41-69

Место работы: н/р. инв II гр.

Находился на лечении с 29.09.14 по 09.10.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП Ш ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Узловой зоб 1 ст. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние. МКБ, конкремент правой почки. Состояние после холецистэктомии (2014). Венозная дисфункция.

Жалобы при поступлении на умеренную сухость во рту, головные боли, боли в правом глазном яблоке.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1991г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 9-11ед., п/о- 4-6ед., п/у-9-11 ед., Протафан НМ 22.00 – 14-16 ед. Гликемия –3,8-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2013 г. АИТ, узловой зоб с 2011 АТТПО – 92,6 МЕ/мл (0-30) АТТГ – 305,7 МЕ/мл (0-100). 11.2012 ТАПБ узла щитовидной железы: пунктировался слева в н/3 у заднего контура изоэхогенный узел 1,22\*0,99 см. с кистовидной дегенерацией. Цитологическая картина соответствует узловому зобу с кистовидной дегенерацией. МКБ с 2010г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

30.09.14 Общ. ан. крови Нв – 111 г/л эритр –3,4 лейк –5,9 СОЭ –13 мм/час

э- 1% п- 1% с- 63% л- 27 % м-8 %

07.10.14 Общ. ан. крови Нв –121 г/л эритр –3,9

03.10.14 Сывороточное железо – 16,5

30.09.14 Биохимия: СКФ – 59,36мл./мин., хол –4,4 тригл -1,55 ХСЛПВП -1,73 ХСЛПНП -1,96 Катер -1,5 мочевина –5,4 креатинин –104 бил общ –13,4 бил пр –3,3 тим –1,8 АСТ –0,35 АЛТ – 0,10 ммоль/л;

03.10.14.ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/л

### 30.09.14 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 4-6 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - у; эпит. перех. - вед п/зр

02.10.14 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 250 белок – 0,035

01.10.14 Суточная глюкозурия – 0,83%; Суточная протеинурия – 0,042

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.09 | 6,5 | 11,3 | 5,7 | 6,7 | 6,9 |
| 03.10 | 11,9 | 11,1 | 6,4 | 2,8 |  |
| 05.10 | 5,0 | 9,2 | 3,4 | 9,4 | 6,4 |
| 08.10 |  |  |  |  |  |

30.09Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст. Патологи МАГ?. АВМ? В системе каротит справа? Ганглионеврит справа? Венозная дисфункция.

07.10.14 Невропатолог ОКБ Изю М.А.: мигрень? АВМ? Сосудов головного мозга.

29.09.14Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,6;

Единичные микроаневризмы. Экссудативные очаги. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

29.09.14ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция полувертикальная. Ускоренние АВ проводимости. Высокий зТ V3-V4.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

07.10.14Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, анемия, МКБ, конкремент правой почки.

01.10.14Дуплексное сканирование брахицефальных артерий: данные на руках

07.10.14 асс каф терапии к.м.н.Ткаченко О.В.: СД тип1, тяжелая форма, лабильное течение, со склонностью к гипогликемическим состояниям. Декомпенсация. Диабетическая ангиопатия н/к. ХБП Ш , диабетическая нефропатия IV. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия, сенсорная форма II. Узловой зоб 1 ст. Узел левой доли. Эутиреоидное состояние. Автономная нейропатия, кардиальная форма.

30.09.14.УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,3см3; лев. д. V = 7,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная в левой доле у заднего контура изоэхогенный узел с гидрофильным ободком. 1,41\*1,15 с кистозной дегенерацией.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Узел левой доли.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма турбо, мильгамма, актовегин, супрастин, нералгин, эзопрам, венодиал.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к, головные боли, правом глазном яблоке. АД 110/70 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: Актрапид НМ п/з- 8-10ед., п/о-4-6 ед., п/уж -8-10 ед., Протафан НМ 22.00 16-18 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Кораксан 7,5 мг ½ т утром с повышением дозы до 1т под контролем ЧСС, кардиомагнил 1 т. вечер, предуктал MR 1т 2р\д. Контр. АД. ЭКГ ежемесячно, Суточного мониторирования эл. акт. сердца через 6 мес.
8. Тиогамма (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.
9. Рек. невропатолога: МРТ с повторной консультацией. Нейралгин 300 мг ут веч, эзопрам 10 г сут/длительно, венодиал 1т 2р\сут до 2 мес.
10. УЗИ щит. железы 2р. в год. ТТГ 1р/год
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Канефрон 2т. \*3р/д.
12. Рек. окулиста: Айкер 1к 1р\д.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл.врач Черникова В.В.