#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1180

##### Ф.И.О: Никитина Татьяна Александровна

Год рождения: 1980

Место жительства: г. Запорожье ул. Авраменко 18-155

Место работы: АО «Мотор Сич» инженер, инв Ш гр с детства

Находился на лечении с 03.10.16 по 19.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Нефрогенная гипертензия. Анемия. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная миопия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м

Жалобы при поступлении на повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, отеки голеней, стоп. периодически вздутие живота, гипогликемические состояния, преимущественно в ночное время, купируемые доп. приемом пищи.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2012 в связи с частыми гипогликемическими состояниями в условиях эндокриндиспансера переведена на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 6ед., п/о- 8ед., п/у4-6 ед., Лантус 22.00 – 24-26 ед. Гликемия –3,8-6,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. С 2010 диффузные изменения паренхимы щит. железы. АТТПО – 22 МЕ/мл ( 0-30) от 2010 ТГ – 1,2 мМЕ/мл ( 0,3-4,0). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.10.16 Общ. ан. крови Нв – 114 г/л эритр – 3,3 лейк –14,0 СОЭ – 33 мм/час

э- 2% п- 0% с- 80% л- 14% м- 4%

04.10.16 Биохимия: СКФ – 31,0мл./мин., хол –7,2 тригл – 1,47ХСЛПВП -1,9 ХСЛПНП -4,63 Катер -2,8 мочевина –10,0 креатинин –261,0 бил общ –12,0 бил пр –3,0 тим –6,0 АСТ – 0,26 АЛТ –0,17 ммоль/л;

05.10.16 Анализ крови на RW- отр

11.10.16 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

04.10.16 Глик. гемоглобин -8,8 %

04.10.16ТТГ – 2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

04.10.16 К – 4,46 ; Nа – 144,4 Са – 2,08 ммоль/л

### 04.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 1-2 в п/зр белок – 0,923 ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

06.10.16 Суточная глюкозурия – 0,3 %; Суточная протеинурия – 2,3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.10 | 3,3 |  | 2,6 | 6,1 | 9,9 |
| 07.10 | 4,1 | 3,6 | 7,3 |  |  |
| 10.10 |  | 8,4 | 5,7 | 5,3 |  |
| 11.10 | 12,3 |  |  |  |  |
| 13.10 | 3,4 | 6,4 | 3,4 | 12,4 |  |
| 18.10 | 3,7 |  |  |  |  |
| 19.10 | 4,1 (глюкометр) |  |  |  |  |

03.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дисметаболическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м

03.10.16Окулист: VIS OD= 0,1 с кор 0,5 OS= 0,1 с кор 0,5

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Осложненная миопия ОИ.

03.10.16ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

10.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.10.16РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

12.10.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, изменений диффузного типа в паренхиме почек. Размеры почек пр. 10,8\*4,1\*5,4 левая 10,7\*4,1\*4,6

06.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =8,1 см3; лев. д. V =6,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиогамма турбо, тивортин, мильгамма, фозикард, тардиферон, глиатинин, бисопролол, амлодипин, венофер.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется тенденция к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 130/80-140/90 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: Эпайдра п/з-6-8 ед., п/о-8-10 ед., п/уж -4-6 ед., Лантус 22.00 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии, СКФ, креатинина, калия,
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Бисопролол 5-10 мг, амлодипин 2,5-5мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., тивортин 1л 2р/д 1 мес.
9. Рек. невропатолога: глиатилин 1к 2р\д 1 мес.
10. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. Показана замена ингибиторов АПФ и АРА II на антогонисты кальция, В-блокаторы. При недостаточном эффекте физиотенс 0,2-0,4 мг\сут, прием препаратов железа и эритропоетинов.
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. АГВ № 235455 с 03.10.16 по 19.10.16. К труду 20.10.16.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.