#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1033

##### Ф.И.О: Орлова Любовь Сергеевна

Год рождения: 1989

Место жительства: г. Запорожье ул. Малиновского 16-175

Место работы: ЧП « Персонал – Сервис», инспектор по кадрам, инв II г

Находился на лечении с 01.09.16 по 14.09.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. НЦД по гипертоническому типу. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 7 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1993г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В условиях ОДБ переведена на Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з-16 ед., п/о-12 ед., п/у-23 ед., Протафан НМ22.00 – 20ед. Гликемия –5,0-20,0 ммоль/л. НвАIс – 7,6 % от 11.07.16 . Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 9 лет. Повышение АД в течение 11 лет. Из гипотензивных принимает энап 5 м. ТТГ – 3,44 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 16,2 (0-30) МЕ/мл от 14.09.12. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

02.09.16 Общ. ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,2 лейк – 5,4 СОЭ –13 мм/час

э- 2% п- 0% с-66 % л- 28% м- 4%

02.09.16 Биохимия: СКФ –80 мл./мин., хол –4,93 тригл – 1,89ХСЛПВП -1,06 ХСЛПНП -3,0 Катер -3,7 мочевина –4,5 креатинин –97 бил общ –11,2 бил пр –2,9 тим –3,7 АСТ – 0,22 АЛТ – 0,31‘ммоль/л;

09.09.16 Св.Т4 – 15,5 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –189,6 (0-30) МЕ/мл

### 02.09.16 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 12-15 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

07.09.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 500 эритр - белок – отр

05.09.16 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.09.16 Микроальбуминурия – 61мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 02.09 | 9,7 | 9,1 | 5,2 | 8,4 |
| 06.09 | 7,1 | 8,1 | 3,2 | 8,6 |
| 07.09 |  |  | 9,2 |  |

01.09.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форм

02.09.16Окулист: VIS OD=0,7 OS=0,8

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 2:3,сосуды широкие, умеренно извиты, вены полнокровны. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

01.09.16ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

07.09.16Кардиолог: НЦД по гипертоническому типу.

07.09.16ЭХО КС: КДР-4,7 см; КДО- 103мл; КСР-3,0 см; КСО- 36мл; УО- 67мл; МОК- 67л/мин.; ФВ- 67%; ПЛП – 3,4 см; МЖП –0,8 см; ЗСЛЖ –0,9 см; По ЭХО КС: Регургитация на клапане легочной артерии 1 ст. Соотношение камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородки не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

02.09.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.01.16Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

02.09.16РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

05.09.16Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

12.09.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; опущение и подвижности правой почки..

02.09.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,1 см3; лев. д. V =7,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы 0-1. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Лечение: Протафан НМ, Новорапид, эспа-липон, нейробион, энап.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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: Новорапид п/з-16-18 ед., п/о- 12-14ед., п/уж -12-14 ед., Протафан НМ п/у 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: фитосед 1к 3р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., мильгамма 2,0 в/м № 10, тивортин в/в кап № 10.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 1-2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ.
12. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
13. Б/л серия. АГВ № 2354 с 01.09.16 по 14.09.16. К труду 15.09.16.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.