#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1082

##### Ф.И.О: Кущ Татьяна Андреевна

Год рождения: 1995

Место жительства: г. Запорожье ул. Гаврилова 7-212

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 31.07.17 по 15.08.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к 1 ст. Липоидный некробиоз пр. голени. Пролиферативная диабетическая ретинопатия, Диабетический макулярный отек ОД. Препролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м Метаболическая кардиомиопатия. СН0. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, гипогликемические состояния в ранние утренние часы и в дневное время на фоне физ нагрузок до 3-4 р/нед , периодически сухость во рту, сухость кожи, ухудшение зрения на ОД, парестезии в пальцах ног и голеней. Боли в области г/стопных суставах, наличие очагов липоидного некробиоза на голенях, снижение массы тела на 14 кг за год, повышение АД макс. до 140/100 мм рт.ст., периодически учашенное сердцебиение, тревожность, раздражительность, плаксивость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1997г ( с 2х лет). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические и кетоацидотические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2009 в связи с лабильным течением была переведена на Лантус, Эпайдра. В связи со стойкой декомпенсацией вновь переведена на Актрапид НМ Протафан НМ, В 08.2011 самостоятельно приобретала Лантус с Эпайдрой, на фоне их введения глик. гемоглобин снизился с 13% до 9%, после чего была внесена в реестр в течение года отмечала трижды кетоацидотические состояния, связывала с перенесенным стрессом и апоплексией левого яичника 01.2017 В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 12ед., п/о- 8ед., п/у- 4-6ед., Лантус 08.30 – 24-28ед. Гликемия –2,5-16,0 ммоль/л. НвАIс – 11,4 % от 28.07.17. Последнее стац. лечение в 08.2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Аллергологический анамнез: крапивница на милдронат.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 01.08 | 149 | 4,5 | 5,4 | 19 | 1 | 2 | 62 | 32 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 01.08 | 61 | 4,6 | 1,34 | 1,27 | 2,72 | 2,62 | 3,7 | 70 | 11,4 | 2,7 | 1,35 | 0,25 | 0,12 |

04.08.17 ТТГ – 1,2 ( 0,3-4,0 ) мМЕ/л

01.08.17 Анализ крови на RW- отр

01.08.17 К – 4,29 ; Nа –146,7 Са - Са++ -1,17 С1 - 106 ммоль/л

### 01.07.17 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –5-6-7 в п/зр белок – 0,722 ацетон –отр; эпит. пл. -много ; эпит. перех. много, уретр – 0- 1\* 2 - в п/зр слизь + бактерии +

08.08.17 Суточная глюкозурия – 0,4 %; Суточная протеинурия – 0,485

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 01.08 | 6,2 | 4,1 | 11,8 | 4,7 |  |
| 02.08 2.00-6,0 | 3,7 |  |  |  |  |
| 03.08 2.0-7,3 | 6,3 | 4,5 | 6,5 | 7,5 | 5,2 |
| 06.08 | 15,8 | 4,5 | 14,6 | 12,7 | 9,6 |
| 08.08 | 7,8 | 8,3 | 5,3 | 6,6 | 4,6 |
| 10.08 | 13,2 | 12,4 | 5,0 | 5,1 |  |
| 12.08 | 3,8 | 5,8 | 3,9 | 12,5 |  |
| 14.08 |  |  | 7,7 | 6,8 | 3,6 |
| 15.05 2.00-6,3 | 6,6 |  |  |  |  |

01.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая энцефалопатия 1, цереброастенический с-м. Рек: актовегин 10,0 келтикан 1т 3р/д.

01.08.17Окулист: VIS OD=0,3н/к OS= 0,7 н/к

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Справа у диска неоваскуляриз. сосуды по всему гл дну, множественные экссудаты, справа в макуле отек микрогеморргаии, слева рефлекс сглажен. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия, Диабетический макулярный отек ОД. Препролиферативная диабетическая ретинопатия OS. Рек: при стабилизации ОСТ макулы на ОД. Повторная консультация окулиста.

02.08.17 ОСТ Макулы: ОД сетчатка в центральной зоне значительной утолщена кистозный отек и серозная отслойка нейроэпителия, в слое нейроэпителия оптически плотные фокусы.

31.07.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

02.08.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия НЦД по смешанному типу .СН 0.

Рек. кардиолога: кардонат 1 т 2р/д, ивабрадин 5 мг 1-2р/д.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, 5 ст. проб по м/ж.

31.07.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к. 1 ст. Рек физиотерапия на зону пр голени. Синафлан мазь на обл липоидного некробиоза 1-3р/д 2-3 мес. лирика 150 мг 1т 1-2р/д 2-3 мес. при болях. Наблюдение невролога, сосудистого хирурга, вертебролога.

10.08.17 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ Почек 1-2 р/ год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ и АРА II.

03.08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к снижена II- Ш ст. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к.

09.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст .

31.07.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =6,2 см3; лев. д. V =4,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с множественным гидрофильными очагами до 0,3 см.

Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Лантус, Эпайдра, тиогамма, гидазепам, вессел дуэ-ф, бисопролол, адаптол, физиолечение.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшилась частота гипогликемических состояний, боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-7-8 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -6-8 ед., Лантус 08.30 23-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
5. Соблюдение рекомендаций нефролога.
6. Бисопролол 2,5 – 5 мг утром под контролем АД ЧСС.
7. Весел дуэ-ф 1т 2р/д до 1 мес., тиогамма 600 мг 1т утром 2-3 мес.
8. Гидазепам 20 мг ½ т туром, адаптол 500 мг 1т утром 1 мес.
9. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
10. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
11. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
12. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
13. Соблюдение рекомендаций окулиста

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В