#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1141

##### Ф.И.О: Иванова Ирина Валерьевна

Год рождения: 1970

Место жительства: г. Мелитополь ул. Лермонтова 9/2

Место работы: н/р, инв II гр

Находился на лечении с 15.08.17 по 25.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диабетическая ангиопатия н/к 1 ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП V ст., Диабетическая нефропатия V, почечная недостаточность. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма, гипотиреоз средней тяжести, ст медикаментозной компенсации. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Осложнённая катаракта ОИ. Железодефицитная анемия. Инфекция мочевыводящих путей.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг, ухудшение зрения увеличение веса на 160/100 кг за год, головные боли. Нестабильность гликемии, ночью гипогликемические состояния, утром натощак - гипергликемия

Краткий анамнез: СД выявлен в 1982г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Вводила различные виды инсулина. С 2012 переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-4 ед., п/о-6 ед., п/у-6 ед., Протафан НМ 22.00 – 12 ед. Гликемия –5,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. В 2011 выявлен АИТ, гипотиреоз. Постоянно принимает L-тироксин 100 мкг через день 50 мкг/сут, АТТПО -906 от 2011. В анамнезе анемия, препараты железа не принимает. Повышение АД в течение 10 лет, принимает триплексам 1т утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 16.08 | 120 | 3,6 | 7,4 | 44 | 2 | 1 | 72 | 24 | 1 |
| 22.08 | 106 | 3,2 | 5,2 | 45 | 1 | 1 | 68 | 28 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 16.08 | 16,0 | 6,71 | 2,89 | 1,49 | 3,49 | 3,5 | 16, | 342 | 15,5 | 3,3 | 3,5 | 0,51 | 0,67 |

17.08.17 Глик. гемоглобин -9,9 %

18.08.17 ТТГ – 1,6 (0,3-4,0) Мме/мл

18.08.17 общий белок 70

17.08.17сывороточное железо 4,0

20.08.17 К – 5,36 ; Nа – 137 Са - Са++ -1,17 С1 - 100,7 ммоль/л

21.08.17 К – 5,29 ммоль/л

25.08.17 К – 4,88 ммоль/л

### .08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк – 1/2 в п/зр белок – 0,122отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. -ед в п/зр

16.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2275000 эритр -1000 белок – 0,168

22.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр -белок – 0,131

25.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500 эритр -белок – 0,163

17.08.17 Суточная глюкозурия – 0,6%; Суточная протеинурия – 0,310

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 18.08 | 17,0 | 16,8 | 4,9 | 3,7 |  |
| 19.08 | 12,5 | 8,8 | 2,5 | 6,4 |  |
| 20.08 | 3,5 | 4,8 | 5,5 | 3,4 |  |
| 22.08 | 11,4 | 5,0 | 10,4 | 9,6 |  |
| 24.082.00- 2,1 | 6,5 | 4,1 | 3,4 | 3,3 | 5,7 |
| 25.08 5.040 – 2,7 6.00-9,0 | 5,1 |  |  |  |  |

15.08.17Окулист: VIS OD=0,2 н/к OS=0,3 н/к ; ОД в стекловидном теле пролиферативные тяжи, сосуды узкие извиты, микроаневризмы, на перифирии следы от ЛК, в хрусталике помутнения. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия осложненная катаракта ОИ.

15.08.1ЭКГ: ЧСС - 70уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

21.08.17Кардиолог: САГ II ст,. амлодипин 5-10 мг, недостаточном снижении АД физиотенс 0,2 мг Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

15.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст.

28.08.17Нефролог:СКФ 13мл/мин ХБП V ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, анемия.

Рек: диета с ограничением белка, соли, калия. В лечении препараты железа, противогипертензивная терапия, нормазе 30 мг /сут, тардиферон 1т 1р/д, применение эритропоэтинов. 12.09.17 представить на диализную комиссию ЗОКБ.

23.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени , вторично сморщенные почки, диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, мелких конкрементов в желчном пузыре на фоне застоя.

23.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 2,8см3; лев. д. V = 2,8см3.

Железа меньше нормы, контуры неровные, фестончатые. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

25.08.17 Совместный осмотр Зав. отд. Еременко Н.В., Нач. мед. Карпенко И.В с Леч. врач Костина Т.К,: состояние больной тяжелое, обусловлено ХБП V диабетической нефропатией, нестабильностью гликемии в течение суток, гипогликемическими состояниями. Консультирована нефрологом, рекомендовано представить на гемодиализную комиссию 12.09.17 с обязательными дообследованияим: доплер сосудов в/к, маркеры вирусного гепатита, антитела к ВИЧ инфекции. От дальнейшего лечения в стационаре больная отказалась, настаивает на выписке по семейным обстоятельствам, о чем имеется запись в истории болезни. С пациенткой проведена беседа о жизненных показаниях проведения гемодиализа

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ тардиферон, амлодипин, фуросемид, мильгамма, L-тироксин, торадив, левофлоксацин, тиогамма, флуконазол.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка, соли, калия в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-6 ед., п/о- 6ед., п/уж -6 ед., Протафан НМ 22.00 12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Гипотензивная терапия: амлодипин 10 мг утром. При повышение АД добавить физиотенс 0,2 мг. Контр. АД.
7. 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.
8. L-тироксин 100 мкг/сут. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Рек: нефролога диета с ограничением белка, соли, калия. В лечении препараты железа, противогипертензивная терапия, нормазе 30 мг /сут, тардиферон 1т 1р/д, применение эритропоэтинов. 12.09.17 представить на диализную комиссию ЗОКБ.
10. Сорбенты (активированный уголь, полисорб, энтеросгель) ежедневно. Слабительные дуфалак или нормазе.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В