#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1171

##### Ф.И.О: Букреева Анна Сергеевна

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Запорожье ул. Олимпийская 14-80

Место работы: ЧАО «Сбербанка» кассир, инв Ш гр

Находился на лечении с 21.08.17 по 31.08.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Выберите элемент.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Остеоартроз коленных с-вов Rо II СФН I-II.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 2 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, гипогликемические состояния, в разное время суток

Краткий анамнез: СД выявлен в 1996г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-8 ед., п/о-6 ед., п/у- 7ед., потофан 22.00 11 ед. Гликемия –5,8-8 ммоль/л. НвАIс - % от . Последнее стац. лечение в 2011г. ++ .

Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 22.08 | 108 | 3,3 | 4,2 | 22 | 1 | 0 | 69 | 29 | 1 |
| 29.08 | 120 | 3,6 | 6,0 | 29 | 1 | 2 | 53 | 40 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 22.08 | 88,5 | 4,89 | 1,02 | 1,09 | 3,33 | 3,4 | 3,7 | 83 | 10,2 | 2,8 | 0,48 | 0,72 | 0,96 |
| 29.08 | 67,2 | 4,6 | 1,65 | 1,19 | 2,65 | 2,9 | 5,5 | 75 | 11,2 | 2,8 | 1,53 | 0,58 | 1,02 |

22.08.17 Глик. гемоглобин -11,9 %

28.08.17 Железо – 4,0 ( 10,7-32,2)

22.08.17 Анализ крови на RW- отр

23.08.17ТТГ – 1,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 22,9 (0-30) МЕ/мл

23.08.17 К – 4,48 ; Nа – 1338 Са - Са++ -1,09104 С1 - ммоль/л

### 22.08.17 Общ. ан. мочи уд вес 1009 лейк – 2-3-4 в п/зр белок – 0,12 ацетон –отр; эпит. пл. много- ; эпит. перех. -2-3 в п/зр

25.08.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2000 эритр - белок – 0,048

23.08.17 Суточная глюкозурия – 0,57%; Суточная протеинурия – 0,296

##### .08.17 Микроальбуминурия – мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.08 | 4,2 | 10,7 | 4,6 | 4,4 |
| 24.08 | 7,7 | 11,9 | 5,2 | 8,5 |
| 25.08 | 15,6 | 15,3 | 7,5 | 4,6 |
| 26.08 | 10,5 | 11,1 | 4,4 | 8,5 |
| 28.08 | 12,5 | 15,2 | 4,7 | 7,9 |
| 29.08 2.00-3,0 |  |  |  |  |

22.08.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4),

23.08.17Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 0,9-1,0 Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. сосуд широкие умеренно извиты, стенки вен уплотнены. , ед. микроанеризмы Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

21.08.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог:

23.08.17ЭХО КС: Минимальная физиологическая регургитация на ЛА. Дополнительная хорда ЛЖ в области верхушки. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

23.08.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.08.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. Хрончиекий панкреатит с нарушением экскреторной, эндокринной функции нестойкая ремисия? Болевой , диспепсический с-м.

29.08.17 Гематолог: Желедодефецитнаяанемия средней степени. Рек: тардиферон 2тв день 1 мес, затем 1т/д 3 мес затем 1т 10 мней после менструации. Дан совет п оремиу и питанию

28.08.17Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия,

29.08.17Гастроэнтеролог: Функциональная диспепсия. Рек Гависко 10мл по требюованию до 3-4р/д за 20 мин д оеды. Креон 100001к 1-3р/д с едой (по требованию)

22.08.17Гинеколог: Беременность 1 , 6-7 нед. ОСА. Сахарный диабет 1 тип

08.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

29.08.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; фиброзированя поджелудочной железы подж. железы;.

21.08.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =4,7 см3; лев. д. V =5,2 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные . Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение:

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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: п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., 22.00 ед.

Актрапид НМ, Протафан НМ, Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, Хумодар К 25 100Р, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Хумулин R, Хумулин НПХ, Фармасулин Н, Фармасулин НNР, Генсулин R, Генсулин Н

1. ССТ: диабетон МR (диаглизид МR) 60 мг

диапирид (амарил, олтар ) 3 мг 1т. \*1р/сут. п/з.,

диаформин (сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога:
5. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. 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.
7. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, бенфогамма 300 мг 1т/сут до 2 мес., вита-мелатононин 1-2 т веч., вестибо 24 мг 2р\д, вестинорм 16 мг 1т 3р\д до 2 мес,, габагамма 300 мг веч, габантин 300мг 2р/сут. 2-3 нед., глицин 2т 3/д., глиятон 1000 в/м № 10, кортексин 10,0 в/м №10., келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес., луцетам 15,0 в/в стр № 10, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней, сермион 30 мг утр. 1 мес.,
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. Рек. окулиста: квинакс 2к.\*3р/д. в ОИ, окювайт лютеин форте 1т.\*1р/д., дицинон 1т. 3р/д., вазонит 1т.\*2р/д., офтан катахром 2к. \*3р/д, эмоксипин 2к. \*3р/д. в ОИ, тауфон 2к.\*3р/д. в ОИ, трайкор 1т 1р/д,, слезавит 1т.\*1р/д. оптикс форте 1т 1р\д конс. лазерного хирурга.
10. Б/л серия. АГВ № 2358 с .08.17 по .08.17. к труду .08.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В