#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 505

##### Ф.И.О: Мискевич Алиса Леонидовна

Год рождения: 1982

Место жительства: Бердянск ул. Чехова 59

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 03.03.17 по 13.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим и кетоацидотическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма Диаб. ангиопатия артерий н/к 1 ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия СН I. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, гипогликемические состояния в различное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Комы - кетоацидотическая – 2008. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2008 переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 8ед., п/о- 12ед., п/у- 10ед., Левемир 22.00 – 32 ед. Гликемия –2,3-15,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ с 2008. АТТГ – 261 Ме/мл (0-100), АТТПО – 117,7 МЕ/мл ( 0-30) ТТГ –1,0 (0,3-4,0) Мме/мл. 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 |
| 04.04 | 143 | 4,3 | 6,6 | 10 | 2 | 1 | 67 | 25 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 04.04 | 117,9 | 4,7 | 0,79 | 1,62 | 2,72 | 1,9 | 5,6 | 74,8 | 9,8 | 2,4 | 1,1 | 0,13 | 0,41 |

04.04.17 Анализ крови на RW- отр

07.04.17 ТТГ – 2,2 (0,3-4,0) Мме/мл

### 04.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1025 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 4-5; эпит. перех. - в п/зр

05.04.17 Суточная глюкозурия – 0,5 %; Суточная протеинурия – отр

##### 06.04.17 Микроальбуминурия –33,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.04 | 4,3 |  |  |  |  |
| 05.04 | 9,3 |  | 6,3 | 8,8 |  |
| 07.04 | 5,1 | 7,4 | 8,7 | 5,9 | 4,0 |

2016Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

06.04.17 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ;

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды неравномерно сужены, умерено извиты, вены уплотнены, полнокровны. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

03.04.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

06.04.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН1.

08.04.17 ЭХОКС: трикуспидальная регургитация 1-2 ст. соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

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

06.04УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,8см3; лев. д. V =6,8 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, тиогамма, мильгамма, вазонит.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД120/70 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- 8-10ед., п/о-12-14 ед., п/уж -10-12 ед., Левемир 22.00 32-34 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Повторный осмотр кардиолога. Контроль АД, ЭКГ.
7. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. 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.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В