#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 588

##### Ф.И.О: Чепижко Владимир Владимирович

Год рождения: 1997

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов ул. Войкова 11

Место работы: инв II гр

Находился на лечении с 19.04.17 по 29.04.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Солевой диатез. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз. НЦД по смешанному типу СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, гипогликемические состояния.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г. Комы отрицает. С начала инсулинотерапия Актрапид НМ Протафан НМ коротким курсом, в дальнейшем в связи с лабильным течение СД, частыми гипогликемическими состояниями переведена на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 7-8ед., п/о- 10ед., п/у- 8ед., Лантус 22.00 -24ед Гликемия –4,5-26 ммоль/л. НвАIс – 9,4 % от 20.04.17. Последнее стац. лечение в 2014г в отд эндокринологии ОДБ. В анамнезе острый гломерулонефрит с изолированным мочевым с-мом ВСД, с-м навязчивых движений (по данным выписного эпикриза № 4801 от 2015). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 20.04 | 146 | 4,5 | 7,8 | 10 | 2 | 1 | 87 | 27 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.04 | 131,3 | 4,6 | 1,44 | 1,41 | 2,5 | 2,3 | 5,2 | 74,8 | 11,6 | 2,8, | 3,1 | 0,38 | 0,51 |

21.04.17 Св.Т4 - 17,1 (10-25) ммоль/л; ТТГ 0,1– (0,3-4,0) Мме/мл АТ ТГ - 169,5 (0-100) МЕ/мл; АТ ТПО – 16(0-30) МЕ/мл

### 20.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1018 лейк –2-3 в п/зр белок – 0,206 ацетон –следы; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

25.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -3000 эритр - 11000 белок – 0,262

27.04.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - 3500 белок – 0,161

21.04.17 Суточная глюкозурия – 2,8%; Суточная протеинурия – 0,293

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.04 | 8,6 | 14,4 | 4,9 | 3,4 | 15,8 |
| 21.04 | 4,3 | 5,5 | 6,7 | 10,9 |  |
| 22.04 | 9,3 | 8,5 | 14,4 | 9,7 |  |
| 24.04 | 13,2 | 13,0 | 2,1 | 18,8 | 14,1 |
| 24.04 | 9,3 | 5,6 | 2,9 | 8,9 | 11,9 |
| 26.04 2.00-10,5 | 10,4 | 7,1 | 7,5 |  |  |
| 28.04 | 10,0 |  |  |  |  |
| 29.04 |  |  |  |  |  |

26.04.17 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3, сосуды извиты вены полнокровны. В макуле рефлекс сглажен .

19.04.17 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

20.04.17 Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0

26.04.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

24.04.17 Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

26.04.17 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, Солевой диатез .

20.04.17 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

26.04.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, наличие кальцинатов в сосочках пирамидок правой почки.

19.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,5 см3; лев. д. V = 9,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Эпайдра, Лантус, диалипон, актовегин ,витаксон, кардонат, канефрон, атоксил

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. отмечаются нарушение режима диетотерапии.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, невропатолога, нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з 7-10ед., п/о-6-10 ед., п/уж 6-10 ед., Лантус 22.00 24-26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 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. Эналаприл 2,5 мг утром курсами. вечер. Контр. АД.
8. Рек кардиолога кардонат 1т 3р\д 1 мес.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ , Т4св, Т3св через 1 мес, с послед. осмотром эндокринолога.
11. Рек. нефролога: контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 1-2р. в год. Канефрон 2т. \*3р/д. 1 мес.
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.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В