#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1736

##### Ф.И.О: Кобилецкая Наталья Николаевна

Год рождения: 1976

Место жительства: Васильевский р-н, г. Днепрорудное ул. Комсомольская 15-53

Место работы: н/р, инв Ш гр.

Находился на лечении с 08.12.17 по 19.12.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ацетонурии ст. декомпенсации. Диабетическая, гипертоническая ангиопатия сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ. Начальная катаракта ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 5). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Послеоперационный гипотиреоз средней тяжести, ст, субкомпенсации, состоянии послетиреоидэктомии лимфоденэктомии и радиойодтерапии (по поводу Сг щит железы Т3N0N0 – 2011) Метаболическая кардиомиопатия СН 0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2008г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-8 ед., п/о- 4ед., п/у-4 ед., Инсуман Базал 22.00 – 18 ед. Гликемия –4,0-16,0 ммоль/л. НвАIс - 8,9% от 27.11.17 . Последнее стац. лечение в 03.2017 г. 2011 – экстерпация щит железы по поводу Сг щт железе, постоянная заместительная терапия - эутирокс 150 мкг .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 |
| 11.12 | 164 | 4,9 | 4,2 | 8 | 1 | 0 | 48 | 47 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 11.12 | 86,3 | 4,5 | 1,45 | 1,02 | 2,8 | 3,4 | 6,9 | 76 | 27,3 | 6,1 | 2,7 | 0,27 | 0,32 |

11.12.17 Глик гемоглобин – 8,8%

11.12.17 ТТГ –0,3 (0,3-4,0) Мме/мл

### 12.12.17 Общ. ан. мочи уд вес 1022 лейк –0-0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

12.12.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 500 эритр - белок – отр

12.12.17 Суточная глюкозурия – 2,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 14.12.17 Микроальбуминурия –36,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.12 | 9,9 | 6,7 | 12,5 | 12,2 |  |
| 13.12 2.00-8,8 | 12,1 | 11,5 | 6,7 | 11,1 |  |
| 14.12 | 7,3 | 9,2 |  | 9,8 |  |

18.12.17 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5),

18.1.217 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 0,9-1,0

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 2:3сосуды умеренно сужены, визвиты, вены полнокровны, с-м Салюс 1- II ст. В макуле без особенностей. Д-з: Начальная катаракта ОИ. Диабетическая, гипертоническая ангиопатия сетчатки ОИ.

21.11.17 ЭКГ: ЧСС - 85уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка..

14.12.127Кардиолог: метаболическая кардиомиопатия СН 0.

09.03.17 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

15.12.1.7Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

11.12.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

18.12.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, опущения и повышенной подвижности правой почки.

10.03.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =фиброз см3; лев. д. V = фиброз см3

Паренхима щит железы и регионарные л/узлы не визуализируются. Очаговых образований не выявлено. Закл.: Культи обеих долей..

Лечение: магникор, ваксикум, Инсуман Базал, Инсуман Рапид, диалипон, витаксон, тивортин, эутирокс.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид п/з-10-12 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -6-8 ед., Инсуман Базал п/у 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: предктал 1т 2р/д 1 мес.
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром, курсами. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс 150 мкг/сут – пожизненная заместительная терапия.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.