#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1475

##### Ф.И.О: Грищенко Анастасия Алексеевна

Год рождения: 1987

Место жительства: г. Запорожье ул. Калина 208

Место работы: Запорожский обл. спец, детдом "Солнышко", сл. медсестра

Находился на лечении с 24.10.17 по 06 .11.17 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 (NSS 4, NDS 5), Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОД. Фиброз стекловидного тела ОД. Оперированная тракционная отслока сетчатки с тампонадой силиконом. OS + авитрия. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз СВД, астеноневротчиеский с-м. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.. Хронический вирусный гепатит

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния 2-3р/нед., общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2011 в связи с декомпенсацией частыми гипогликемическими состояниями переведена на Эпайдра, Лантус . Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 6ед., п/о-2 ед., п/у-2 ед.,Лантус п/з 20 ед. Гликемия –2,0-9,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 01.2017г. По. АИТ без увеличения объема щит железы , гипотиреоз с 2013. ХБП II, диабетчиеская нефропатия IV, нефролтический с-м с 2015 Повышение АД в течение 5 лет принимает хипотел 40 мг 1р/д 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 |
| 25.10 | 121 | 3,6 | 4,9 | 77 | 1 | 3 | 66 | 28 | 2 |
| 31.10 | 118 | 3,5 | 8,8 | 27 | 3 | 2 | 55 | 38 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 25.10 | 64,19 | 9,9 | 2,47 | 1,28 | 7,47 | 6,7 | 6,8 | 123,2 | 11,4 | 2,4 | 3,7 | 0,48 | 0,25 |

25.10.17 Глик. гемоглобин – 13,7%

27.10.17 ТТГ – 2,7 (0,3-4,0) Мме/мл

25.10.17 К – 4,51 ; Nа –138 Са++ -1,06 С1 -100 ммоль/л

### 25.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1013 лейк – 1/2 в п/зр белок – 2,95 ацетон –отр; эпит. пл. ум ; эпит. перех. -3-4 в п/зр

27.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 6500 эритр - 500 белок – 1,94

27.10.17 Суточная глюкозурия – 0,39%; Суточная протеинурия – 2,84

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 25.10 | 7,9 | 8,0 | 3,4 | 4,9 |
| 27.10 | 5,4 | 5,3 | 4,2 | 4,7 |
| 30.10 |  | 14,6 |  |  |
| 31.10 | 8,6 | 14,8 | 6,2 | 5,9 |
| 01.11 |  | 6,1 |  |  |

25.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 5), СВД, астеноневротчиеский с-м.

27.10.17 Окулист: VIS OD= ноль OS= 0,6 н/к ОИ артифакия. ОД рефлекс с гл дна нет. OS - рефлекс тусклый. Гл. дно не офтальмокопируется. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОД. Фиброз стекловидного тела ОД. Оперированная тракционная отслока сетчатки с тампонадой силиконом. OS + авитрия

30.10.17ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. .

26.10.17Кардиолог: Симптоматическая артериальная гипертензия II ст.

25.10.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

30.10.17Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к

30.10.17Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, нефротический с-м, артериальная гипертензия 2 ст..

25.10.17Допплерография: ЛПИ справа –1,2 , ЛПИ слева –1,2 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

30.10.17УЗИ: 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, функционального раздражения кишечника, изменений диффузного типа в паренхиме почек

30.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,5 см3; лев. д. V =6,8 см3

Перешеек – 0,37см.

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

Лечение: Эпайдра, Лантус

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм 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: Эпайдра п/з- ед., п/о- ед., п/уж - ед., Лантус 22.00 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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: хипотел 40 мг, Контроль АД
8. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. Рек. невропатолога: бифрен 1т 3р/д, нуклео ЦМФ 1т. \*2р/д 20 дней,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия, применние мочегонных препаратов 2р/нед. осмотр гинеколога + мазок.
13. Рек. окулиста: конс. витреоретинального хирурга.
14. 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.
15. Консультация в гепатоцентре учитывая в анамнезе хронический гепатит С.
16. Б/л серия. АДГ № 6716 с 24.10.17 по 05.11.17. к труду 07 .11.17

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В