#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1294

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

Год рождения: 1953

Место жительства: Вольнянский р-н,с. Павловское ул. Новая 43

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 19.09.17 по 03.10.17 в диаб. 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 3, NDS 3). Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Незрелая катаракта ОД, начальная OS ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III-ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Узловой зоб IIст. Узел правой доли. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. ИБС, кардиосклероз, аортальный стеноз СН1. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, одышку при ходьбе, вздутие живота, тяжесть в пр подреберье.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1965г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. (В-инсулин). С 2001 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на аналоги. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 4ед., п/о- 4ед., п/у-0-2 ед., Лантус 8.00 20 ед. Гликемия –2,4-8,6 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Повышение АД в течение 16 лет. Из гипотензивных принимает диокор 160 мг, индапамид 2,5, карведилол 25 мг веч, магникор 1т веч. АИТ с 2011. В 2016 субклинический гипотиреоз, узловой зоб. АТТПО – 862 (0-30) МЕ/мл, ТТГ – 6,6 (0,3-4,0) МЕ/мл, принимает L-тироксин 25 мкг утром. Амбулаторно доза увеличена до 50мкг/сут. 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 |
| 20.09 | 141 | 4,2 | 5,3 | 17 | 1 | 1 | 54 | 40 | 4 |
| 02.10 | 141 | 4,4 | 4,3 | 13 | 2 | 4 | 51 | 33 | 7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.09 | 57,3 | 5,44 | 1,71 | 1,72 | 2,93 | 2,2 | 3,5 | 85 | 12,4 | 3,0 | 3,1 | 0,2 | 0,15 |

20.09.17 Глик. гемоглобин – 8,8%

22.09.17 ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/мл

20.09.17 К – 4,49 ; Nа –144,6 Са++ -1,3 С1 - 91 ммоль/л

02.09.17 Коагулограмма: ПТИ 88,2 %; фибр – 3,3 г/л; фибр Б – отр; АКТ – 93 св. гепарин – 6

### 20.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - в п/зр

22.09.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - белок – отр

21.09.17 Суточная глюкозурия – 0,4%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.09.17 Микроальбуминурия – 71,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 20.09 | 4,1 | 5,6 | 4,8 | 6,6 |  |
| 24.09 | 6,1 | 3,8 | 7,3 | 3,5 | 15,1 |
| 27.09 | 3,9 | 10,6 | 5,7 | 4,4 | 4,0 |
| 29.09 | 4,8 | 9,2 | 2,9 | 10,3 | 15,6 |
| 01.10 2.00-9,7 | 8,9 | 11,2 | 5,8 | 6,8 | 5,8 |

02.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), Энцефалопатия 1 ст, сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), цереброастенический с-м. Рек: армадин 4,0 актовегин 10,0 № 10, келтикан 1т 3р/д 1 мес

21.09.17 Окулист: VIS OD=0,6 OS=0,7

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Сосуд сужены, извиты, склерозированы, вены полнокровны, с-м Салюс 1- II. Д-з:. Незрелая катаракта ОД, начальная OS . Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

19.09.17ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка.

21.09.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.09.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к II ст.

21.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к значительно повышен . Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышено. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

28.09.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника..

19.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 10,2 см3; лев. д. V = 6,7см3

Перешеек –0,55 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. единичные расширенные фолликулы до 0,4 см. В пр доле у заднего контура коллоидная киста 0,9\*0,76 см. (0,9\*0,76 – 2016) Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: Лантус, Эпайдра, L-тироксин, диокор, индапрес, эспа-липон, карведилол, мильгамма, кортексин, эссенциале

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется склонность к гипогликемическим состояниям, но частота и интенсивность их уменьшились, 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- 3-5ед., п/о-3-5 ед., п/уж – 0-2 ед., Лантус 8.00 18-20 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. Гипотензивная терапия: диокор 160 мгутром, индапрес1т утром. карведилол 25 мг/сут, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
9. L-L-тироксин 50 мкг утром. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Конс. гастроэнтеролога по м/ж ( в связи с УЗИ картиной)
11. 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