#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1404

##### Ф.И.О: Цеброва Анастасия Игоревна

Год рождения: 1991

Место жительства: г. Запорожье ул. Красногвардейская 21

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 11.10.17 по 25.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст

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

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 8ед., п/о-8 ед., п/у- 10ед., Протафан НМ 22.00 – 25 ед. Гликемия –3,5-11,9 ммоль/л. НвАIс - 8,3% от 02.10.17 . Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ,гипотиреоз выявлен в 09.2017, принимает эутирокс 50 мк в течение месяца, ТТГ -9,26 (0,4-4,0) АТТПО – 331 (0-30) от 14.09.17. 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 |
| 12.10 | 114 | 3,4 | 4,9 | 64 | 2 | 2 | 59 | 33 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 12.10 | 49 | 8,79 | 1,35 | 2,76 | 5,21 | 2,2 | 8,2 | 130 | 12,1 | 3,0 | 4,0 | 0,31 | 0,48 |

13.10.17 Глик. гемоглобин – 9,7%

13.10.17ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

12.10.17 К – 4,9 ; Nа –136 Са++ - 1,09 С1 -101 ммоль/л

17.10.17 К – 5,32 ; Nа –134 Са++ - 1,1 С1 -100 ммоль/л

### 12.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 3-4-5 в п/зр белок – 1,3 ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -2-3 в п/зр

17.10.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - 2000белок – 0,89

13.10.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 1,259

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.10 | 8,6 | 6,2 | 59 | 4,2 |
| 17.10 | 11,7 | 3,9 | 3,8 | 3,6 |
| 20.10 | 8,8 | 3,4 | 6,3 | 7,9 |
| 21.10 | 6,7 | 3,0 |  |  |
| 23.10 |  | 6,6 |  |  |

18.10.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3),

13.10.17Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0

Гл. дно: вены широкие, полнокровны, сосуды умеренно извиты, множественные микроаневризмы, твердые экссудаты. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.10.17 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка

18.10.17 Кардиолог: симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст

13.10.17Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.10.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

13.10.17 Нефролог: ХБП III ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

12.10.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен.. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

17.10.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, изменений дифузного типа в паренхиме павой почки .

11.10.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,7см3; лев. д. V =3,9 см3

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

Лечение: аторвакор, нормазе, Актрапид НМ, Протофан НМ, азомекс, эутирокс, диалипон, тивортин, пирацетам, т-триомакс, витаксон.

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, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-14-16 ед., п/о8-10 ед., п/уж – 8-10ед., Протофан НМ 22.00 22-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 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: Назначение нефролога.
8. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Эутирокс 50 мкг/сут. Контр ТТГ через 2 мес.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Рамиприл 10 мг азомекс 5-10 мг, при необходимости физиотенс 0,2-0,4 мг/сут
12. Контроль ОАК в динамике препараты железы, при необходимости конс. гематолога.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В