#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1311

##### Ф.И.О: Котова Елена Игоревна

Год рождения: 1991

Место жительства: Васильевский р-н,г. Васильевка ул. Чекистов 10

Место работы: н/р

Находился на лечении с 21.09.17 по 27.09.17 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 4, NDS 5), ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диабетическая ангиопатия сетчатки. Диабетическая энцефалопатия 1 ст, астеноневротический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Железодефицитная анемия.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, периодические гипогликемические состояния, связанные с физ нагрузкой .

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе периодически гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/о-10 ед., п/у-10 ед., Протафан НМ 22.00 11 ед. Гликемия –9-10 ммоль/л. НвАIс – 10,4 % от 07.2017. Последнее стац. лечение в 2012г. АИТ выявлен в 2011. АТ ТПО – 1327 (0-30) МЕ/мл от 2012. В анамнезе железодефицитная анемия, периодически принимает тардиферон 1т. 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 |
| 22.09 | 9,8 | 2,9 | 3,0 | 43 | 1 | 1 | 70 | 26 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 22.0 | 86 | 4,28 | 2,18 | 1,22 | 2,06 | 2,5 | 5,0 | 78,1 | 10,0 | 2,2 | 3,4 | 0,45 | 0,35 |

22.09.17ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/мл

22.09.17 К – 4,04 ; Nа – 132 Са++ - 1,13С1 - 100 ммоль/л

### 22.09.17 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк – 0-1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

26.09.17 Суточная глюкозурия – 1,1 %; Суточная протеинурия – отр

##### 28.09.17 Микроальбуминурия – 35,3мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 22.09 | 15,6 | 10,0 | 16,6 | 3,7 |
| 24.09 | 5,0 | 5,5 | 3,9 | 3,5 |
| 25.09 |  |  | 5,6 | 4,8 |

22.09.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 3, NDS 3), Диабетическая энцефалопатия 1 ст, астеноневротический с-м. Рек: армадин 4,0 в/в ,келтикан 1т 3р/д,

22.09.17 Окулист: VIS OD=0,3-4,0 OS=0,3-0,4 Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуд сужены, (узкие), неравномерного калибра, извиты, вены уплотнены ,полнокровны. в макуле без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

21.09.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

27.09.17 Осмотр доц.каф. Соловьюк А.О: 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), ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IIIст. Диабетическая ангиопатия сетчатки. Диабетическая энцефалопатия 1 ст, астеноневротический с-м. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. Железодефицитная анемия. Рек: Контроль гли гемоглобина 2р/год , сосудистая терапия .

22.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к незначительно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в переделах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к

22.09.17РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено . Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена

22.09.17 Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

22.09.17 Допплерография: ЛПИ справа –1,0 , ЛПИ слева –1,0 . Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

21.09.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,9 см3; лев. д. V = 5,3см3

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

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма, тардиферон,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/80 мм рт. ст. Инфузионная терапия препаратами а-липоевой кислоты не проводилась, в результате недоступности периферических сосудов. Выписана по настоянию

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о- 10ед., п/уж -10 ед., Протафан НМ 22.00 11ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
6. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
7. Тардиферон 1т/день контроль ОАК по м/ж
8. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В