#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 74

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

Год рождения: 1987

Место жительства: г.Запорожье ул. Калинина 208 (прописана), ул, Чумаченко 25/55 (проживает)

Место работы: КУ «Запорожский областной специализированный дом ребенка «Солнышко» мл. медсестра, инв II гр

Находился на лечении с 17.01.17 по 26.01.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ, авитрия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции ОИ. Оперированная тракционная отслойка сетчатки ОИ. Тампонада силиконом OS. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст, нефротический с-м, артериальная гипертензия. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вегетативная дисфункция. Астенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз. Хронический вирусный гепатит С. Метаболическая кардиомиопатия СН 0

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, снижение чувствительности, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, отеки н/к, гипогликемические состояния чаще в ночное время суток, 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 с гипогликемическими состояниями переведена на Лантус, Эпайдра. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-14 ед., п/о-5ед., п/у- 3ед., Лантус 7.00 – 32 ед. Гликемия – 2,9-19ммоль/л. Последнее стац. лечение в 11.2015г. Боли в н/к в течение 10 лет. усиление болей в течение месяца, выраженная отечность н/к в течение 2х мес. лечение на амбулаторном этапе без видимого эффекта. Повышение АД в течение 2 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 10 мг 2р\д С 2016 по данным дообследования протеинурия. В 2005 выявлен хронический вирусный гепатит С. С 2013 АИТ (АТТГ – 170, ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 271 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

18.01.17 Общ. ан. крови Нв – 127г/л эритр –3,8 лейк –7,5 СОЭ –52 мм/час

э- 3% п- % с-66 % л- 26 % м- 5%

20.01.17 Общ. ан. крови Нв –133 г/л эритр – 3,9 лейк –5,0 СОЭ – 55 мм/час

э- 1% п- % с-66 % л- 28 % м- 5%

18.01.17 Биохимия: СКФ –67,2 мл./мин., хол –9,2 тригл -2,75 ХСЛПВП – 1,33ХСЛПНП -6,62 Катер -5,9 мочевина –5,4 креатинин –126,5 бил общ – 10,7бил пр – 2,7 тим – 3,3 АСТ – 0,65 АЛТ –0,69 ммоль/л; общ белок 53,3

20.01.17 мочевина 5,3 креатинин 95,7 СКФ 88,9

20.01.17 ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

20.01.17 К –4,53 ; Nа –140 С2,28 Са ион 1,19 Cl 97,8 ммоль/л

### 18.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1009 эрит 3-4 лейк –4-5 в п/зр белок – 1,72 ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр цил зерн – 0,1.

### 23.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1007 лейк –4-6 в п/зр белок – 2,68 ацетон –отр; эпит. пл. – ед; эпит. перех. - в п/зр

19.01.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - 250 белок – 1,68

19.01.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – 2,6

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 17.01. |  |  | 3,9 | 4,0 | 6,2 |
| 18.01. 2.00-2,8 | 2,7 | 5,1 | 3,1 | 5,3 |  |
| 19.01 2.00-3,4 | 7,4 | 7,8 | 6,0 | 6,3 |  |
| 20.01 2.00-7,4 | 8,9 | 6,3 |  |  |  |
| 22.01 | 3,1 | 3,5 | 4,6 | 3,6 |  |
| 21.01 | 5,5 | 7,0 | 7,0 | 7,4 |  |

17.01.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вегетативная дисфункция. Астенический с-м.

17.01.17 Окулист: VIS OD= 0,6 OS=0

ОИ артифакия, авитрия. OS силикон, фиброз, рефлекса с глазного дна нет. ОД рефлекс с глазного дна розово-тусклый, детали не видны. Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Артифакия ОИ, авитрия ОИ. Состояние после лазеркоагуляции ОИ. Оперированная тракционная отслойка сетчатки ОИ. Тампонада силиконом OS.

12.01.17ЭКГ: ЧСС – 92 уд/мин. Вольтаж низкий . Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

19.01.17Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0

11.2015Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.01.17Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, нефротический с-м, артериальная гипертензия.

18.01.17РВГ: . Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N

25.01.17 осмотр доц. каф. Соловьюк А.О: диагноз см. выше..

19.01.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в н/3, в/3тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, косвенные признаки левостороннего хроническое пиелонефрита.

17.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,8см3; лев. д. V =5,7 см3

Перешеек – 0,27см.

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

Лечение: торсид, эналаприл, эспа-липон, витаксон, Эпайдра, Лантус,

Состояние больного при выписке: . СД компенсирован, уменьшились боли, отечность в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, нефролога, кардиолога, гепатолога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-8-10 ед., п/о-4-6 ед., п/уж -2-4 ед., Лантус 7.00 26ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., протеинурии 1р. в мес,, креатинина, мочевины, СКФ, общего белка, К, Na в динамике.
5. Контроль ОАК, ОАМ, ан. мочи по Нечипоренко в динамике через 1 -2 нед.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Консультация ангиохирурга по м\ж.
9. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д., 3 нед.. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
10. Эспа-липон (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. .
12. Рек. нефролога: определение протеинограммы крови контроль ан. крови, мочи, суточной протеинурии в динамике, использованием ингибиторов АПФ 10-20 мг\сут, применение мочегонных препаратов не чаще 2-3 р/нед, Показана заместительная терапия альбумина или одногрупной плазмы, с последующим введение мочегонных препаратов . (в эндодиспансере отказалась)
13. Рек. окулиста: «Д» наблюдение у окулиста по м\ж. В настоящее время в оперативном лечение не нуждается
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. АГВ № 2355 с 18.01.17 по 26.01.17. к труда 27.01.17

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В