#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 558

##### Ф.И.О: Редькина Ольга Николаевна

Год рождения: 1982

Место жительства: Ореховский р-н, с. Юрьевка ул.50 л. октября 165-1

Место работы: н/р, инв 1 гр

Находилась на лечении с 18.04.18 по 30.04.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Тракционная отслойка сетчатки, осложненная катаракта, периретинальный фиброз ОИ. Авитрия OS. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия V ст. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, эутиреоидное состояние. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Миофасциальный с-м ГОП.

Жалобы при поступлении на гипогликемические состояния при физ.нагрузках, боли и онемение в н/к, отсутствие зрения на ОИ, учащенное сердцебиение, АД макс. до 160/90 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1985 г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Кома гипогликемическая в детстве. В 2009г-тракционная отслойка сетчатки. С начала заболевания на инсулинотерапии. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з- 10ед., п/о-4-5 ед., п/у- 5ед., Протафан НМ 22.00 20-21ед. Гликемия –3,0-15,2 ммоль/л. НвАIс -8,1% от 10.01.18Последнее стац. лечение в 2017г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Анамнез жизни: Повышение АД в течение 8 лет. Из гипотензивных принимает фозикард 10 мг, бисопролол 5 мг утром. С 2014 АИТ, гипотиреоз, принимала эутирокс 50 мкг/сут. С 2015 показатели ТТГ без применения ЗГТ в переделах нормы АТ-ТПО от 2014г-72,6 (0-30). ТТГ - 1,6 от 04.2017. 2009г-кесарево сечение.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 19.04 | 131 | 4,46 | 9,9 | 15 | | 322 | | 1 | 1 | 68 | 24 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 19.04 | 52,6 | 4,51 | 1,12 | 1,59 | 2,4 | | 1,8 | 6,9 | 141 | 10,2 | 2,4 | 2,6 | | 0,28 | 0,2 |

19.04.18 Глик. гемоглобин – 9,1%

20.04.18ТТГ –2,7 (0,3-4,0) Мме/мл

19.04.18 К – 5,03 ; Nа –137 Са++ -1,21 С1 - 102 ммоль/л

20.04.18 Проба Реберга: креатинин крови-156 мкмоль/л; креатинин мочи- 5,83 мкмоль/л; КФ-43,2 мл/мин; КР- 97,5 %

### 19.04.18 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк –4-6 в п/зр белок – 0,049 ацетон –отр; эпит. пл. много - ; эпит. перех. -ед в п/зр

23.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1000 эритр - белок – 0,046г

23.04.18 Суточная глюкозурия – 1,65%; Суточная протеинурия – 0,084 г/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.04 | 8,4 | 14,3 | 9,2 | 11,4 |  |
| 20.04 |  | 15,3 |  |  |  |
| 21.04 | 5,6 | 7,4 | 6,8 | 4,5 |  |
| 23.04 | 9,4 | 11,6 | 9,2 | 11,6 | 11,0 |
| 25.04 | 5,8 | 9,0 | 5,5 | 5,7 | 5,7 |
| 28.04 | 6,5 | 7,0 | 3,6 | 4,4 |  |

19.04.18Невропатолог: Миофасциальный с-м ГОП. Р-но: МРТ ГОП, ЭНМГ в/к, миорикс 15 мг 1 р/двечером 2 нед, повт.осмотр невролога после дообследования.

18.04.18 Окулист: ОД отклонен кнаружи, в хрусталике интенсивное помутнение. OS. в хрусталике помутнение. ОИ гл дно не офтамоскопируется. В макулярной области без особенностей

Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Тракционная отслойка сетчатки, осложненная катаракта, преретинальный фиброз ОИ. Авитрия OS.

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

12.04.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0-1. САГ 2 ст. Рек: бисопролол 5-10 мг 1р/д, контроль АД. ЧСС

24.04.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

25.04.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

24.04.18 04.18 РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к в пределах возрастной нормы. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно повышен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

27.04.18 УЗИ: 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, фиброзирования подледуочной железы.

19.04.18 Осмотр доц.каф.Соловьюк.А.О: диагноз и лечение согласованы.

Лечение: Актрапид НМ, Протофан НМ, фозикрад, бисопролол, витаксон, нуклео ЦМФ, вессел дуэ ф, диалипон турбо.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 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. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з- 14-16 ед., п/о-5-7 ед., п/уж – 5-7ед.,

Протафан НМ 22.00 24-26 ед.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес., контроль ОАК,ОАМ, показателей азотемии 1 р в 3 мес.
2. Гипотензивная терапия: фозикард 10 мг утром, бисопролол 10 мг утром. Контр. АД.
3. Диалипон 600 мг утром 2-3 мес, витаксон 1т. 3р/д. 1 мес., вессел дує Ф 1 к 2р/д-1-3 мес.
4. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год.

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.