#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1131

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

Год рождения: 1991

Место жительства: г. Запорожье ул. Комарова 3-53

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 30.08.18 по  17.08.19 в энд отд..

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетический макулярный отек ОД. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной декомпенсации. Метаболическая кардиомиопатия, перикардиальный выпот СН II А. ф. кл 1. с сохранением систолической функции ЛЖ. САГ Ш ст. Железодефицитная анемия средней степени. Госпитальная очаговая пневмония справа в н/доле.ЛН0. Вирусный гепатит С, впервые выявлений.

Жалобы при поступлении на частые гипогликемические состояния в разное время суток чаще ночью требующие посторонней помощи, сухость во рту, жажду, увеличение веса на 10 кг за 2 года, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 200/110 мм рт.ст., головные боли, общую слабость, быструю утомляемость, отеки лица, н/к

Краткий анамнез: СД выявлен в 2004г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния, участившиеся в течение последнего года. Комы гипогликемические (вызов СМП) 28.01.18 20.047.18. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-10 ед., п/о-10 ед., п/у-8 ед., Протафан НМ 22.00 – 10 ед. ( дозы инсулина снизила самостоятельно из-за боязни гипогликемий) Гликемия –3,0-25 ммоль/л. АИТ, гипотиреоз с 04.2017, принимает эутирокс 50, ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл от 13.10.17; АТ ТПО –331 (0-30) МЕ/мл от 14.09.17. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 31.08 | 91 | 2,7 | 8,0 | 64 | |  | | 2 | 1 | 54 | 39 | | 4 | | |
| 07.09 | 90 | 2,7 | 7,9 | 74 | |  | | 2 | 1 | 59 | 36 | | 2 | | |
| 10.09 | 92 | 2,8 | 7,6 | 62 | |  | | 4 | 1 | 50 | 42 | | 3 | | |
| 13.09 | 89 | 2,7 | 5,3 | 67 | |  | | 3 | 1 | 66 | 28 | | 2 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 31.08 | 12,6 | 7,1 | 2,6 | 1,63 | 4,3 | | 3,4 | 17,0 | 618 | 12,9 | 2,9 | 5,0 | | 0,24 | 0,1 |
| 10.09 | 10,6 | 7,36 | 3,57 | 1,12 | 4,6 | | 5,5 | 25,7 | 722 | 10,2 | 2,4 | 7,6 | | 0,32 | 0,39 |

31.08.18 Глик. гемоглобин – 8,7%

31.08.18 Анализ крови на RW- отр

31.08.18 ТТГ –7,0 (0,3-4,0) Мме/мл

05.09.18 НВsАg – не выявлен, Анти НСV - положительный

05.09.18 Анализ крови на ВИЧ – не выявлен.

31.08.18 К – 5,68 ; Nа – 147Са++ - 1,11С1 - 104 ммоль/л

10.09.18 К – 4,39 Na – 137 Са – 1,19 С1 -104

05.09.18 Проба Реберга: креатинин крови-634 мкмоль/л; креатинин мочи- 7865 мкмоль/л; КФ- 8,5мл/мин; КР- 91,9 %

### 31.08.18 Общ. ан. мочи уд вес 1006 лейк – 3-4 в п/зр белок – 1,88 ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -4-5 в п/зр

04.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 9000 эритр - 10000 белок – 2,66

03.09.18 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – 2,88 диурез 1,2 л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 31.08 | 8,3 | 8,0 | 2,9 | 7,6 | 7,1 |
| 01.09 2.00-3,2 | 1 |  |  |  |  |
| 02.09 | 13,4 | 9,1 | 4,2 | 10,3 |  |
| 04.09 | 17,0 |  |  | 6,8 |  |
| 06.09 | 13,1 |  |  |  |  |
| 07.09 | 4,6 |  |  |  |  |
| 12.09 | 23,0 | 13,3 | 3,2 | 5,7 |  |
| 13.09 | 11,8 | 14,3 | 11,2 | 11,6 |  |
| 16.09 | 9,5 | 5,6 | 4,6 | 5,3 |  |

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

10.09.18 Окулист: VIS OD= 0,4 OS= 1,0 ;.

Гл. дно: сосуды широкие извиты, вены полнокровны, множественные мягкие экссудаты, микроаневризмы, мелкие геморрагии. В макуле и парамакулярной области переливчатость. В макулярной области отечность. Д-з: Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетический макулярный отек ОД.

11.09.18 ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка..

07.09.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия перикардиальный выпот СН II А. ф. кл 1. С сохранением систолической дисфункции ЛЖ. САГ Ш ст.

07.09.18ЭХО КС: Гипертрофия миокарда ЛЖ. Регургитация 1 ст на МК и ТК, минимальная регургитация на КЛА. Незначительный выпот в перикарде. Соотношение размеров камер сердца и крупных осоов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется ,Сократительная способность миокарда в норме.

05.09.18 гематолог: железодефицитная анемия средней степени.

05.09.18 Дупл сканирование вен н/к: Лисфостаз кистей предплечья с 2х сторон, Спастический тип кровотока по артериям выражен справа. СПРАВА : плечевая в области плечевой ямки 4,1 лучевая 1,2 в области лучезапястного сустава локтевая 1,3 в области лучезапястного сустава. Слева : плечевая слева 4,1 лучевая 1,5, локтевая 1,4

05.09.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

31.08.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

07.09.18 ФГ ОГК № 114998: обогащение легочного рисунка в н/отд. Справа в н/доле очаговая инфильтрация легочной ткани . Корни малоструктурны Сердце – увеличение левого желудочка. Зак: очаговая пневмония справа в н/доле.

11.09.18 Р-гр ОГК В легких без инфильтрации ,корни малоструктурны, сердце – увеличены левые желудочки.

13.09.18 Пульмонолог: реконвальсцент после перенесенной пневмонии.

11.09.18 Диализная комиссия протолок № 11216 Решение: очередность на гемодиализ в условиях городского диализного центра г. Запорожье, формирование АВ фистулы.

04.09.18 Нефролог: ХБП V ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия. Анемия. СКФ – 7 мл/мин рек: диета с ограничением белка соли, углеводов, калия, к лечению продолжить противогипертензивную терапию без применения ингибиторов АПФ и АРА II, дуфалак 30 мл/сут за 1 час до еды, определить ферретин крови для решения вопроса о о назначении препаратов железа, определить маркеры гепатитов В и С кровь на ВИЧ ,провести ЭХОКС, УЗИ сосудов в/к, представить на диализную комиссию 11.09.18 согласно требования приказа по отбору больных по лечению хронической нефропатии.

11.09.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: состояние больно тяжелое обусловлено усилением отечного с-ма нефротическим с-мом, сопутствующей пневмонией, нарастанием уровня креатинина крови до 722 мкмоль/л, мочевина 25,7 моль/л. ДЗ: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. субкомпенсации.. Препролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 3). Диабетическая ангиопатия артерий н/к ХБП V ст. Диабетическая нефропатия V ст. Метаболическая кардиомиопатия, перикардиальный выпот СН II А. ф. кл 1. С сохранением систолической дисфункции ЛЖ. САГ Ш ст. Анемия хронического больного средней степени. госпитальная очаговая пневмония справа в н/доле. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной декомпенсации. госпитальная пневмония поздняя ЛН 0. Вирусный гепатит С впервые выявлений. Рек: больной показан гемодиализ! Коррекция инсулинотерапии, ан крови на общий белок и фракции. Контроль ОАК в динамике . Лечение по листу назначения.

30.08.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,8 см3; лев. д. V = 4,8 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы. Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, фуросемид, зацеф, бисопролол, торадив, эутирокс. Физиотенс.

Состояние больного на настоящий момент: Общее состояние без улучшения, усиливается отечный с-м. отмечается повышение уровня азотистых шлаков креатитина крови до 722 мкмоль/л, мочевиана 25,7 моль/л. Снижение СКФ до 7 мл мин АД 130/80 мм рт. ст. По рекомендации нефролога ЗОКБ направлена на диализную комиссию.

11.09.18 комиссия пройдена рекомендации см. ниже.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка, соли, продуктов содержащий калий в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-8 ед., п/о- 6ед., п/уж -8 ед., Протафан НМ 22.00 9-10 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес.,
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: бисопролол 10 мг 1р/д физиотенс 0,2 мг, прекдуктал 1т 2р/д 1 мес, мочегонные препараты фуросемид 2,0-6,0 с учетом диуреза
9. Конс невропатолога по м/ж
10. Эутирокс 75 мкг/сут.УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ через 2 мес. с послед. коррекцией дозы.
11. Диализная комиссия от 11.09.18 протолок № 11216. Решение: очередность на гемодиализ в условиях городского диализного центра г. Запорожье, формирование АВ фистулы. (тел 224-20-19 Наталья Анатольевна)

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.