#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1131

##### Ф.И.О: Шесткович 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  настоящее время .

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 Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоз Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной декомпенсации. 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. 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 | | |
| 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 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 |  |  |  |  |

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. Умеерная 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.

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 креатитина крови до 722 мкмоль/л, мочевиана 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 направляется на диализную комиссию на 11.09.18 согласно требования приказа по отбору больных по лечению хронической нефропатии.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.