#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 814

##### Ф.И.О: Пирожок Ирина Борисовна

Год рождения: 1977

Место жительства: г. Запорожье ул. Железнодорожная 6а-58

Место работы: КУ «6-я ГКБ», врач инфекционист.

Находился на лечении с 11.06.18 . по  25.06.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к II , сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1 . Субклинчиеский тиреотоксикоз. Метаболическая кардиомиопатия синусовая тахикардия. СН 0-I. Железодефицитная анемия средней степени.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 165/100 мм рт.ст., головные боли общую слабость, быструю утомляемость частые гипогликемические состояния,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г в кетоацидозе. . Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з-14 ед., п/о-10 ед., п/у-14 ед., Левемир 22.00 – 33 ед. Гликемия –2,2-14,0 ммоль/л. НвАIс - 5,6% от 26.04.18. Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ с 2016 АТТПО – 356,8 ( 0-30 ) от 27.05.16. Госпитализирован 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 | | |
| 12.06 | 110 | 3,3 | 3,8 | 8 | |  | | 1 | 0 | 67 | 31 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 110 | 5,92 | 0,78 | 2,34 | 3,22 | | 1,5 | 4,1 | 58 | 14,9 | 3,0 | 1,2 | | 0,25 | 0,6 |

12.06.18 ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

22.06.18 Т4св - - 36,3 ( 10-25)

22.05.18 Железо - 1,6 МКМоль /л. ( 10,7-32,2)

12.06.18 К – 4,36 ; Nа – 141,4 Са++ -1,08 С1 - 105 ммоль/л

### 12.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

13.06.18 Суточная глюкозурия –2,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия – 129,1мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 12.06 | 4,4 | 6,8 | 7,1 | 3,6 |
| 14.06 | 9,4 | 5,2 | 10,4 | 6,8 |
| 20.06 | 3,6 | 3,2 | 6,8 | 6,0 |
| 22.06 | 9,4 | 5,0 |  |  |
| 23.06 | 6,8 |  |  |  |

2016 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к II , сенсомоторная форма

21.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии сужены вены неравномерного калибра, извиты, по ходу сосудов ед. микроаневризмы. Микрогеморргаии. Д-з:. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

11.06.18 ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

14.06.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия синусовая тахикардия. СН 0-I.

14.06.18 ЭХО КС: Минимальная митральная регургитация .

14.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.06.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

20.06.18 Нефролог: ХБП I ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

13.06.18 Гематолог: Железодефицитная анемия средней степени.

14.05.18 УЗИ ГПБ системы: признаки желчного пузыря , хронического панкреатита.

14.05.18 УЗИ МВС: Умеренно диффузные изменений паренхимы почек. Признаки хронического пиелонефрита. Признаки хронической пиелоэктатической трансформации правой почки.

13.06.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

12.06.18Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

14.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,7 см3; лев. д. V = 5,3 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Капсула уплотнена, утолщена. Структура неоднородная за счет узловых включений до 2-3 пониженной плотности .. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, берлитион, мильгамма, пирацетам, бисопролол, мерказолил.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия нормализовалась, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну»

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о-14-16 ед., п/уж -14-16 ед., Левемир 22.00 33-35 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: бисопролол 2,5 мг 1р/д, ивабрадин 5 мг 1р/д .
9. Берлитион (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д.,., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Осмотр невролога по м/ж.
11. Мерказолил 5 мг 1т 3р/д . контроль Т4св через 2 нед с послед смоотром эндокринолога. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии в динамике УЗИ МВС контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или АРА II.
13. Рек гематолога: дан совет по режиму и питанию . Тардиферон 2т/д 1 мес, затем 1т/д 3 м ес, затем 1т/10 дней после каждой менструации. Контроль ан. крови 1р в мес .
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. Б/л серия. АДЛ № 1775 с 11.06.18 . по 25.06.18 к труду 26.06.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.