#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 622

##### Ф.И.О: Попова Анна Евгеньевна

Год рождения: 1996

Место жительства: Запорожье ул. Деповская 83-13

Место работы: ЗНУ студент, инв II гр

Находился на лечении с 03.05.18. по 11.05.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст Липоидный некробиоз, свищевая форма, вне обострения. Послеоперационный гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Пограничной расстройство личности. НЦД по смешанному типу СН 0. СВД астеноневротический с-м. Киста гипофиза.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, гипогликемические состояния при погрешности в диетотерапии, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/60 мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, панические атаки, учащенное сердцебиение.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2006г (10 летнего возраста). Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 12ед., п/о-12 ед., п/у-12 ед., Лантус 22.00 36 ед . Гликемия –2,5-30 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2017 ( энд. отд Львовской ГБ). Послеоперационный гипотиреоз с 2013 (тиреоидэктомия по поводу ДТЗ) в настоящее время принимает Эутирокс 125 мкг/сут. Витилиго с 9 лет возраста. Киста гипофиза с 2012. Липоидный некробиоз с 19 лет. 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 | | |
| 04.05 | 110 | 3,3 | 6,0 | 22 | |  | | 1 | 1 | 60 | 35 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.05 | 96,1 | 7,4 | 1,42 | 1,32 | 5,4 | | 4,6 | 2,45 | 80 | 10,8 | 2,6 | 2,29 | | 0,14 | 0,12 |

08.04.18 Глик. гемоглобин -10,1 %

04.05.18Св.Т4 - 18,1 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 0,6 (0,3-4,0) Мме/мл

07.05.18 АЧТЧ – 32,0 МНО 1,04 ПТИ 92,8 фибр 3,1

04.05.18 ФСГ – 1,7 ЛГ – 0,6 пролактин – 5,5, СТГ – 2,43(0-8,0), АКТГ – 14,5(7,2-63,3) , кортизол 12,01 ( 6,2-19,4)

04.05.18 К – 4,11 ; Nа – 133,6Са++ -1,12 С1 -107 ммоль/л

### 04.05.18 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк – 7-8 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - в п/зр

11.05.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1000 эритр - белок – отр

11.05.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 11.05.18 Микроальбуминурия – 19,1мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.05 | 8,5 |  | 5,9 | 6,0 |  |
| 06.05 | 10,9 | 3,2 | 7,5 | 10,0 |  |
| 07.05 |  |  |  | 3,9 |  |
| 08.05 2.00-7,2 | 4,8 | 7,3 | 7,8 | 9,5 |  |
| 09.05 |  | 4,0 | 8,7 | 9,9 | 9,4 |
| 10.05 2.00-6,7 |  |  |  |  |  |
| 11.05 | 6,5 | 12,6 |  |  |  |

05.05.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). СВД астеноневротический с-м.

07.05.18 Окулист: VIS OD=0,1сф-2,5д=1,0 OS= 0,09cф-2,5=0,9

Гл. дно: А:V 1:2 сосуды извиты, вены полнокровны, в макулярной области переливчатость, ед. микроаневризмы. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

07.05.18 ЭКГ: ЧСС - 57уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, брадикардия . Эл. ось не отклонена. С-м ранней реполяризации желудочков.

07.05.18Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0.

03.05.18 психиатр: Тревожное расстройство органического генеза

10.05.18 Психиатр: пограничное расстройство личности.

07.05.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

05.05.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Липоидный некробиоз, свищевая форма вне обострения.

07.05.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. Тонус крупных артерий н/к слегка снижен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к сохранена.

05.05.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст фиброзирования поджелудочной железы

10.05.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки спастического кровотока по артериям голеней с 2х сторон. Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.5.18 Дупл. сканирование вен н/к: Заключение: Эхопризнаки локального лимфостаза обеих н/к

11.05.18 МРТ Головного мозга: МРТ признаки небольшой коллоидной кисты гипофиза. В сравнении с данными от 31.03.14 размеры очага прежние, Легкая вентрикулярная асимметрия.

07.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =0,1 см3; лев. д. V = 0,1см3

Обе культи фиброзно изменены, очаговые образования не выявлены. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Культи обеих долей.

Лечение: Эпайдра, Лантус, тиоктодар, тивортин, витаксон, эутирокс

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, на фоне проведенной коррекции инсулинотерапии, уменьшились боли в н/к. АД 130/60 мм рт. ст. Повышение гликемии в 11.00 11.05.18 связано с погрешностью в диетотерапии.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, невропатолога, ангиохирурга, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <6,5ммоль, после еды < 8,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з-6-10 ед., п/о- 12-16ед., п/уж -12-16 ед., Лантус 17.00 32-36 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3мес., 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: кардонат 1т 2р/д 1 мес. Дообследование ЭХОКС.
9. Тиоктацид (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., , актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: нейрокабал 1т 2р/д 1 мес. Наблюдение психотерапевта.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Эутирокс (L-тироксин) 125 мкг утром натощак за 30 мин до еды.
12. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес.
13. Учитывая данные МРТ головного мозга показано: повторная конс невропатолога, конс. нейрохирурга.
14. Рек. хирурга: наблюдение невропатолога, сосудистого хирурга, сосудистая, нейропротекторная терапия.
15. Рек. психиатра: конс психотерапевта.
16. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж.

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.