#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1353

##### Ф.И.О: Миргородская Марина Юрьевна

Год рождения: 1972

Место жительства: Михайловский р-н, с. Пришиб ул. Красногвардейская 17а

Место работы: н/р

Находился на лечении с 30.10.14 по 10.11.14 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Начальные проявления хронической дистальной диабетической полинейропатии н/к. Остаточные явления перенесенной мононейропатии мало-берцового нерва слева, с обратимым парезом стопы. Дисметаболическая энцефалопатия 1. СВД. Вегетативные кризы. Эмоционально волевые расстройства. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Тревожно-депрессивный с-м. Анемия. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, зоб 1. Гипотиреоз средней тяжести. Медикаментозная субкомпенсация. П/инъекционный инфильтрат передней брюшной стенки.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 16 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Комы отрицает. В кетоацидотическом состоянии госпитализирован в ОИТ 30.12.13 назначена инсулинотерапия Генсулин Н, больная от дробного режима инсулинотерапии категорически отказалась, о чем имеется запись в выписном эпикризе (№1588 от 16.12.13). Амбулаторно получала инсулинотерапию: Инсуман Рапид, Хумодар К 25 100Р. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-14 ед., п/у- 12ед. Гликемия – 10-14,0ммоль/л. НвАIс – 9,8 % от 04.2014 . С 2004 АИТ, гипотиреоз средней тяжести. Принимает L тироксин 100 мкг/сут. ТТГ (23.10.14) – 9,9 мМЕ/мл. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

31.10.14 Общ. ан. крови Нв –102 г/л эритр – 3,1лейк –3,0 СОЭ –2 мм/час

э- 0% п- 2% с- 66% л-28 % м- 4%

07.11.14 Общ. ан. крови Нв – 122 г/л

31.10.14 Биохимия: СКФ –73,13 мл./мин., хол –4,03 тригл -1,53 ХСЛПВП – 0,81 ХСЛПНП -2,52 Катер 4,0 мочевина – 4,3 креатинин – 81,6 бил общ –14,2 бил пр –3,5 тим –2,8 АСТ – 0,59 АЛТ – 0,43 ммоль/л;

### 31.10.14 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк – 2-3 в п/зр белок – 0,028 ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. - в п/зр

05.11.14 Суточная глюкозурия – 3,4 %; Суточная протеинурия – отр

##### 07.11.14 Микроальбуминурия –177,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 30.10 |  |  | 10,6 | 16,1 |  |
| 01.11 | 14,5 | 15,6 | 13,4 | 13,8 |  |
| 04.11 | 12,5 | 14,3 | 14,3 | 9,9 | 10,3 |
| 02.11 2.00-13,3 | 11,2 | 13,7 | 13,3 | 11,0 |  |
| 08.11 | 8,8 | 10,3 | 9,9 | 9,3 |  |
| 10.11 | 11,2 | 8,7 |  |  |  |

03.11.14Невропатолог: Начальные проявления хронической дистальной диабетической полинейропатии н/к. Остаточные явления перенесенной мононейропатии мало-берцового нерва слева, с обратимым парезом стопы. Дисметаболическая энцефалопатия 1. СВД. Вегетативные кризы. Эмоционально волевые расстройства.

10.11.14Окулист: VIS OD=1,0 OS=1,0

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

30.10.14ЭКГ: ЧСС - 75уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция вертикальная.

03.11.14Кардиолог: С-м ВСД.

06.11.14 Психиатр: Тревожно-депрессивный с-м.

03.11.14 Хирург: П/инъекционный инфильтрат передней брюшной стенки. В хирургическом лечении не нуждается.

10.11.14 Хирург: острой хирург. патологии нет.

31.10.14Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

31.10.14РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

10.11.14УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,1см3; лев. д. V =9,7 см3

Перешеек –0,61 см.

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз.. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы, диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, L-тироксин, феррум лек, нормазе, Генсулин Н, корвалол, анальгин, супрастин.

Состояние больного при выписке: Больная от введения инсулинов: Инсуман Базал, Инсуман Рапид, Генсулин Р, Генсулин Н, в режиме дробных инъекций категорически отказалась. Учитывая необходимость введения инсулина короткого действия и по настоянию больной, назначен Актрапид НМ, Протафан НМ. СД декомпенсирован. АД 100/60 мм рт. ст. Больная настаивает на выписке из отделения по семейным обстоятельствам, о последствиях предупреждена.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-12-14 ед., п/о-8-10 ед., п/уж -8-10 ед., Протафан НМ 22.00 14-16 ед.

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
3. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р\д, глицисед 1т 3р\д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС, УЗД МАГ по м/ж.
4. Рек. невропатолога: преп. а-липоевой к-ты 600 мг в/в кап., витамины гр В, актовегин 10,0 в/в № 10, глиятон 1000 в/м № 10, бифрен 1т 2р\д 2-4 нед.
5. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ контр ч/з 2 мес с послед. коррекцией дозы L-тироксина. L-тироксин 100 мкг/сут.
6. Феррум лек 1 к 2р\д. Контр ОАК в динамике.
7. Рек. хирурга: УЗИ ОБП.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.