#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 787

##### Ф.И.О: Лысько Наталья Николаевна

Год рождения: 1981

Место жительства: г. Запорожье ул. Воронина 31-42

Место работы: н/р

Находился на лечении с 23.06.15 по 11.07.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Дисметаболическая энцефалопатия 1 преимущественно в ВББ, цереброастенический, цефалгический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейно поясничном уровне. С-м цервикалгии, люмбалгии. НЦД по смешанному типу. Узловая лейомиома матки. СООФ. Узловой зоб 1 ст. Узел левой доли. Эутиреоидное стояние.

Жалобы при поступлении на боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, повышение Т тела до 37 °С, слабость, быстрая утомляемость, сонливость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы: гипогликемические – 2007, 2010. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид, Протафан НМ. В 2011 в связи с частыми гипогликемическими состояниями переведена на Новорапид, Левемир. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 8ед., п/о- 8ед., п/у-6 ед., Левемир 22.00 – 6 ед. НвАIс -6,6 % от 20.05.15 . Узловой зоб около 2х лет, ТАПБ (2013) – фолликулярная аденома, в левой доле щит. железы узел 1,84\*1,4 см. ТТГ –1,68 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО <10 (0-30) МЕ/мл от 23.01.14. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.06.15 Общ. ан. крови Нв – 160 г/л эритр – 4,9 лейк –5,5 СОЭ –2 мм/час

э- 0% п-1 % с- 55% л- 35 % м-9 %

02.07.15 Общ. ан. крови Нв –138 г/л эритр –4,4

24.06.15 Биохимия: СКФ –66,53 мл./мин., хол – 3,3тригл -1,19 ХСЛПВП – 1,08 ХСЛПНП -1,68 Катер – 2,0мочевина – 4,1 креатинин – 82,8 бил общ –12,8 бил пр –3,2 тим –1,0 АСТ – 0,14 АЛТ –0,16 ммоль/л;

24.06.15 Анализ крови на RW- отр

### 24.06.15 Общ. ан. мочи уд вес 1008 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - у; эпит. перех. - ед в п/зр

26.06.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -250 эритр - белок – отр

25.06.15 Суточная глюкозурия –0,81 %; Суточная протеинурия – отр

##### 26.06.15 Микроальбуминурия – 163,0мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.06 | 8,8 | 5,9 | 5,2 | 6,9 |  |
| 27.06 | 6,9 | 7,2 | 5,0 | 10,5 |  |
| 01.07 | 9,6 | 5,5 | 9,5 | 11,4 | 8,0 |
| 04.07 | 5,5 | 4,1 | 14,3 | 12,5 | 9,6 |
| 06.07 | 11,1 | 5,7 |  |  |  |
| 07.07 | 9,5 | 10,6 | 6,7 | 8,3 | 7,6 |
| 08.07 | 3,8 |  |  |  |  |
| 09.07 |  |  | 10,0 | 10,5 |  |
| 10.07 2.00-7,2 | 5,1 | 9,4 | 7,9 | 3,7 |  |

03.07.15Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1 преимущественно в ВББ, цереброастенический, цефалгический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на шейно поясничном уровне. С-м цервикалгии, люмбалгии.

24.06.15Окулист: VIS OD= 0,9 OS= 0,8

Единичные микроаневризмы. Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

23.06.15ЭКГ: ЧСС -63 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

03.07.15 Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

10.07.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

02.07.15. Гинеколог: Узловая лейомиома матки. СООФ. Кресцово-копчиковая ишалгия.

24.05.15РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

24.06.15Допплерография: ЛПИ справа – 1,0, ЛПИ слева – 0,05. Кровоток по а. tibialis роst не нарушен с обеих сторон.

26.06.15 УЗИ ОМТ: Эхопризнаки лейомиомы матки СООФ?

06.07.15 осмотр хирурга эндокринолога к.м.н. Вильхового С.О.: Левосторонний узловой зоб II ст. Эутиреоз.

24.06.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,5см3; лев. д. V = 9,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая, однородная. В левой доли у перешейка гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 2,25\*1,65 Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Узел левой доли.

Лечение: Новорапид, Левемир, канефрон, тиоктацид, омепразол, олфен, тонгинал, диалипон, L-лизин эсцинат, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 100/60 мм рт. ст. У больной во время лечения появились аллергическая реакция на L-лизин эсцинат в виде падения давления выраженная сладость, головокружение, заполонена карта непереносимости препарата.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, гастроэнтеролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-9-11 ед., п/о- 10-12ед., п/уж – 8-10ед., Левемир 22.00 14-16ед.

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. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ.
3. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес.
4. Рек. невропатолога: энтроп 1т 2р\д 1 мес.
5. Рек хирурга эндокринолога к.м.н. Вильхового С.О.: оперативное лечение по поводу узлового зоба в плановом порядке, контр ТТГ.
6. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
7. С больным проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупрежден о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.