#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 351

##### Ф.И.О: Прийма Лариса Владимировна

Год рождения: 1977

Место жительства: Акимовский р-н, с. Переможное, ул. Школьная 25-2

Место работы: Переможненский сельский совет, деловод, инв Ш гр.

Находился на лечении с 12.03.15 по 24.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Диабетическая энцефалопатия I, венозно-ликворная дисфункция. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Ожирение II ст. (ИМТ 36,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на периодически сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния в первой половине дня 1р/нед.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2002г. Кома -в 2008 г. гипогликемическая. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-12 ед., п/у-10 ед., Фармасулин НNР п/з 32 ед. п/у – 22 ед. Гликемия –2,5-14,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к с начала заболевания. Повышение АД в течение 15 лет. Из гипотензивных принимает индапрес 2,5 мг утром, коронал 5мг/сут. В течении последних нескольких месяцев участились гипогликемические состояния. АИТ выявлен в 2006, заместительную терапию в настоящий момент не принимает (АТТПО от 2014 – 179,3 (0-30) МЕ /мл). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.03.15 Общ. ан. крови Нв –149 г/л эритр –4,5 лейк – 9,0 СОЭ – 13мм/час

э- 1% п- 1% с- 76% л-15 % м- 7%

13.03.15 Биохимия: СКФ –122 мл./мин., хол 5,79 тригл -1,16 ХСЛПВП – 1,5ХСЛПНП -3,76 Катер -2,9 мочевина –5,5 креатинин –86 бил общ – 13,5 бил пр –3,3 тим – 5,1 АСТ – 0,36 АЛТ –0,27 ммоль/л;

13.03.15 Св.Т4 - 12,6 (10-25) ммоль/л; ТТГ – 3,3(0,3-4,0) Мме/л

### 13.03.15 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –2-3-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - умв п/зр

17.03.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 2500 эритр - 500 белок – отр

16.03.15 Суточная глюкозурия – 3,0 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 13.04 | 10,6 | 10,5 | 9,7 | 9,4 |
| 16.03 | 9,6 | 10,5 | 8,5 | 11,5 |
| 18.03 | 14,4 | 13,8 | 4,9 | 3,2 |
| 19.03 2.00-11,2 |  |  |  |  |
| 21.03 | 10,4 | 9,4 | 6,6 | 3,0 |
| 22.03 |  |  |  | 7,0 |
| 23.03 | 8,2 | 6,8 |  |  |

18.03.15Невропатолог: Диабетическая энцефалопатия I, венозно-ликворная дисфункция. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст, сенсомоторная форма.

13.03.15 Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0

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

12.03.15ЭКГ: ЧСС 85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

13.03.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

13.03.15 Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии III степени.

13.03.15РВГ: Нарушение кровообращения справа – I-II ст. слева - N, тонус сосудов N.

18.03.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки стеноза ЗББА справа -29-31%, слева 32-34%. Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

13.03.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,2 см3; лев. д. V = 10,9 см3

По сравнению с УЗИ от 12.03.14. Размеры железы прежние. Контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с мелким и крупным фиброзом. В обеих долях несколько кольцевых структур до 0,8 см (вероятность узлов мала). Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, индапрес, коронал, берлитион, актовегин, мильгамма, луцетам.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Учитывая отсутствие компенсации на 2х кратной схеме инсулинотерапии в условиях стационара пациентка переведена на дробную схему инсулинотерапии.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, невропатолога, окулиста по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з- 18-20ед., п/о- 16-18ед., п/уж -8-10 ед., Фармасулин НNР 22.00 26-28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: небивалол 2,5-5 мг, индарес 2,5 мг утром, фитосед 1к 3р/д 1 мес. Контроль АД, ЭКГ.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., мильгамма 1т.\*3р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
10. Рек. окулиста: окювайт комплит 1т.\*1р/д.
11. Б/л серия. АГВ № 2347 с 12.03.15 по 24 .03.15. К труду 25.03.15.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.