#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 365

##### Ф.И.О: Пятницкая Элла Владиславовна

Год рождения: 1966

Место жительства: г. Запорожье, ул. Омельченко 7-48

Место работы: Территориальный отдел образования и науки, молодежи и спорта, Шевченковского района г. Запорожье, главный специалист.

Находился на лечении с 13.03.15 по 24.03.15 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к и в/к IIст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация Дисциркуляторная энцефалопатия 1 на фоне церебрального атеросклероза, преимущественно в ВБС. ДДПП шейного отдела позвоночника. Вертеброгенная люмбоишалгия справа, стадия нестойкой ремиссии. Миопия ОИ. Метаболическая кардиомиопатия СН I.

Жалобы при поступлении на снижение веса на 8 кг за год, ухудшение зрения, судороги, онемение ног, головные боли, боли в поясничной области.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1987г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. В 2011 переведена на Новорапид, Протафан НМ. В наст. время принимает: Новорапид п/з-14 ед., п/о-18 ед., п/у-14 ед., Протафан НМ 22.00 28-30ед. Гликемия –5,0-15,0 ммоль/л. НвАIс - 9 % от 04.03.15 . Последнее стац. лечение в 2014г. АИТ, гипотиреоз с 2001. Принимает эутирокс 125мкг. ТТГ – 9,0 мкМЕ/мл (0,3-4,0) от 2014. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

16.03.15 Общ. ан. крови Нв – 137 г/л эритр –4,1 лейк – 5,7СОЭ –5 мм/час

э- 0% п-1 % с- 85% л- 11% м- 3%

16.03.15 Биохимия: СКФ –59,8 мл./мин., хол –4,9 тригл -1,12 ХСЛПВП -1,25 ХСЛПНП – 3,05Катер -2,92 мочевина – 5,6 креатинин –98,4 бил общ –14,5 бил пр – 3,6 тим – 4,6АСТ – 0,43 АЛТ –0,48 ммоль/л;

20.03.15 ТТГ – 0,5 (0,3-4,0) Мме/л

### .03.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк – 1-2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ум; эпит. перех. - ед в п/зр

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

16.03.15 Суточная глюкозурия – 1,1%; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 14.03 | 3,6 | 6,2 | 6,4 |  |
| 16.03 | 14,0 | 14,2 | 10,0 |  |
| 18.03 | 5,7 | 10,9 | 3,1 | 8,6 |
| 19.03 | 15,0 | 16,5 |  |  |
| 20.03 | 3,9 | 4,3 | 4,5 | 5,3 |
| 23.03 | 13,1 |  |  |  |
| 24.03 | 4,9 |  |  |  |

19.03.15Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия 1 на фоне церебрального атеросклероза, преимущественно в ВБС. ДДПП шейного отдела позвоночника. Вертеброгенная люмбоишалгия справа, стадия нестойкой ремиссии. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к и в/к IIст

16.03.15Окулист: VIS OD= 0,0,8 OS= 0,1

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

13.03.15ЭКГ: ЧСС - 67уд/мин. Вольтаж низкий. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

24.03.15Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН I.

20.04.15 На р-гр коленных суставов без костно-деструктивных изменений. НА р-гр ПОП признаки умеренно выраженного субхондрального склероза, смещение L5 кпереди до 0,5 см.

18.03.15Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.03.15РВГ: Нарушение кровообращения справа -I ст. слева - N, тонус сосудов N.

13.0.315УЗИ щит. железы: Пр д. V =5,0 см3; лев. д. V = 2,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, прослойки фиброза..

В пр. доле в н/3 кольцевая структура 0,95 см, вероятность узла мала. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Протафан НМ. Небилет, эутирокс, тиогамма турбо, мильгамма, актовегин

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, гликемия неустойчивая с тенденцией к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-16-18 ед., п/о- 18-20ед., п/уж -14-16 ед., Протафан НМ 22.00 26-28 ед.

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

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД.
5. Небилет ½ т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
6. Тиогамма (диалипон) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
7. Рек. невропатолога: флекцерил 50 мг веч 1-2 мес.
8. Эутирокс ( L-тироксин) 100 мкг утром. Контр ТТГ через 2-3 мес для коррекции дозы. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. 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.
10. Б/л серия. АГВ № 234784 с 13.03.15 по 24.03.15. К труду 25.03.15.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.