#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 928

##### Ф.И.О: Сухомлинская Юлия Владимировна

Год рождения: 1983

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов, пер. рабочий 8

Место работы: КУ «Омельницкая ООШ 1- Ш ст» им. Академика Н.А. Долижаля, учитель , инв Ш гр.

Находился на лечении с 03.08.15 по 14.08.15 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП Iст. Диабетическая нефропатия III ст. Вертеброгенная цервикокраниалгия, умеренный болевой с-м. Хронический фарингит. Повреждение связок левого голеностопного сустава. НЦД по смешанному типу. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния в разное время суток.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з-8-10 ед., п/о- 8-10ед., п/у-8 ед., Левемир 22.00 22 ед. Гликемия –6,0-13 ммоль/л. НвАIс - 9,9% от 06.2015 . Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 5 лет. АИТ с 2006 принимает L-тироксин 100 мкг утром по четным + 125 мкг по нечетным. ТТГ 1,9 (0,3-4,0) Мме/л от 06.2014. АТТГ – 146,9 (0-100)АТ ТПО –773,0 (0-30) МЕ/мл от 2011. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.08.15 Общ. ан. крови Нв –124 г/л эритр –3,7 лейк –4,4 СОЭ –25 мм/час

э- 1% п-3 % с- 65% л- 28% м- 3%

04.08.15 Биохимия: СКФ –107 мл./мин., олл –5,9 тригл -1,18 ХСЛПВП – 1,19ХСЛПНП – 4,18Катер -3,9 мочевина –2,1 креатинин –62 бил общ –14,8 бил пр –4,1 тим – 2,1 АСТ – 0,22АЛТ –0,49 ммоль/л;

04.08.15 Анализ крови на RW- отр

07.08.15 ТТГ – 0,8 (0,3-4,0) Мме/л

### 04.08.15 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –следы; эпит. пл. – на ½ ; эпит. перех. – ум в п/зр

05.08.15 ацетон – отр

06.08.15 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

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

##### 07.08.15 Микроальбуминурия – 142,3мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.08 | 5,1 | 2,3 | 4,8 | 9,1 | 9,7 |
| 06.08 2.00-7,0 | 9,4 | 6,9 | 3,5 | 13,1 |  |
| 08.08 | 9,6 | 9,4 | 12,6 | 10,7 |  |
| 10.08 |  | 6,5 | 9,8 | 8,6 |  |
| 11.08 | 4,6 |  |  |  |  |
| 12.08 |  |  | 6,8 |  |  |

03.08.15Невропатолог: Диабетическая хроническая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Вертеброгенная цервикокраниалгия, умеренно-болевой с-м.

03.08.15Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,7

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

03.08.15ЭКГ: ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

05.08.15Кардиолог: НЦД по смешанному типу.

06.08.15 На р-гр обеих г/стопных суставов костно-травматических изменений не выявлено. Суставные щели симметричные.

04.08.15 ЛОР: Хр. фарингит.

2014Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

04.08.15Травматолог: Повреждение связок левого голеностопного сустава.

05.08.15РВГ: Нарушение кровообращения II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

07.08.15УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, з обращает внимание увеличение размеров матки при сохраненной структуре.

04.08.15УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,3 см3; лев. д. V = 2,1см3

Размеры железы меньше нормы, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: гипоплазия щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, Левемир, L-тироксин, энтеросгель, диалипон, витаксон, армадин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/60 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-6-8 ед., п/о- 6-8ед., п/уж -8-10 ед., Левемир 22.00 22-24 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: кардонат 1т. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес.,
10. Рек. невропатолога: армадин лонг 300 мг\сут 1 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. ТТГ 1р в 6 мес.
12. L-тироксин 100мкг по четным 125 мкгпо нечетным, постоянно.
13. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
14. Рек травматолога: леотон гель, эластичный бинт пи нагрузке.
15. Рек ЛОР: полоскание кора дуба + зверобой.
16. 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.
17. Б/л серия. АГВ № 234945 с 03.08.15 по 14.08.15. К труду 15.08.15.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.