#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1260

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

Год рождения: 1972

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

Место работы: н/р, инв Ш гр .

Находился на лечении с 18.10.16 по 28.10.16 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Остаточные явления перенесенной мононейропатии малоберцового нерва слева, с обратимым парезом стопы. С-м вегетативной дисфункции, цереброастенический с-м. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, компенсация. Железодефицитная анемия средней степени. Фибро-кистозная мастопатия. Фиброаденома левой молочной железы.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 8 кг за 8 мес, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, частые гипогликемические состояния в первой половине дня и ночные, головные боли, головокружения.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2013г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия: Генсулин R, Генсулин Н В 2014 в связи с лабильностью заболевания переведена на Актрапид НМ, Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-14 ед., п/о- 14ед., п/у-10 ед., Протафан НМ. 22.00 22 ед. Гликемия –2,2-13,1 ммоль/л.. АИТ, гипотиреоз с 2004 ТТГ –49,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 270,8 (0-30) МЕ/мл. принимает L-тироксин 100-125 мкг через день. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

19.10.16 Общ. ан. крови Нв –3,3 г/л эритр –2,5 лейк –2,5 СОЭ –4 мм/час

э-1 % п-0 % с-59 % л- 36 % м- 4%

19.10.16 Биохимия: СКФ –116 мл./мин., хол –4,2 тригл -0,88 ХСЛПВП -0,97 ХСЛПНП – 2,8Катер -3,3 мочевина –2,9 креатинин – 65 бил общ –11,2 бил пр –2,8 тим –4,8 АСТ – 0,31АЛТ – 0,40 ммоль/л;

20.10.16 Глик. гемоглобин -7,1 %

25.10.16 Железо – 8,2 мкмоль\л ( 10,7-32,2)

21.10.16ТТГ – 0,3 (0,3-4,0) Мме/мл

### 19.10.16 Общ. ан. мочи уд вес 1005 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. – 0-1; эпит. перех. - в п/зр

24.10.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -1500 эритр - белок – отр

21.10.16 Суточная глюкозурия – 1,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 21.10.16 Микроальбуминурия – в работе. (15.10.15 – 57,1 мг\сут))

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 19.10 | 6,6 | 7,8 | 7,2 | 4,0 | 3,2 |
| 21.10 2.00-5,1 | 8,1 |  | 3,9 |  |  |
| 23.10 | 10,8 | 15,3 | 2,6 | 6,8 |  |
| 25.10 2.00-9,9 | 15,1 | 16,7 | 6,2 | 3,2 | 5,1 |
| 26.10 | 9,7 | 11,2 | 6,6 | 6,1 |  |
| 27.10 | 5,3 | 7,0 |  |  |  |

18.10.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Остаточные явления перенесенной мононейропатии малоберцового нерва слева, с обратимым парезом стопы. С-м вегетативной дисфункции, цереброастенический с-

18.10.16Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 . Артерии сужены, склеротические изменения.. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

18.10.16ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

24.10.16 Гематолог: железодефицитная анемия средней степени.

19.10.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

21.10.16Гинеколог: Фибро-кистозная мастопатия. Фиброаденома левой молочной железы.

19.10РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. Нарушение кровообращения III ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

18.10.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 12,0 см3; лев. д. V = 9,1см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, индапрес, армадин, прозерин, L-тироксин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 125/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, невропатолога, семейного врача по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-15 ед., п/о- 10ед., п/уж -4 ед., Протафан НМ 22.00 20 ед.

Регулярный самоконтроль, подсчет хлебных единиц, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 5 мг) с контролем липидограммы.
3. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Эналаприл 2,5 мг утром с нефропротекторной целью. Контр. АД.
5. Рек. невропатолога: армадин лонг 300 мг 1т 1мес,
6. Рек гинеколога: бромкриптин 2,5 мг 1/2т веч, - 1 год, свечи с красавкой и метилурацилом во время овуляции.
7. L-тироксин 100 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контр ТТГ 1р в 6 мес. УЗИ щит. железы 1р. в год
8. Рек. гематолога: тардиферон 2т. 1р/д 1 мес. затем 1т 1р\д 3 мес, затем 1т в день 10 дней после каждой менструации, наблюдение по м\ж. Дан совет по питанию.

##### Леч. врач Левченко Е.А.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.