#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 809

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

Год рождения: 1983

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

Место работы: КУ «Омельницкая ЗОШ 1- Ш ст» им Академика М.А. Долежаля, учитель, инв Ш гр

Находился на лечении с 04.07.16 по 15.07.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей. Диаб. ангиопатия артерий н/к. НЦД по смешанному типу. СН 0.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, снижение АД до 90/60 мм рт.ст., головные боли, головокружение, гипогликемические состояния. .

Краткий анамнез: СД выявлен в г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. Постоянно инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- е6-8д., п/о-6-8 ед., п/у- 6-8ед., Левемир 22.00 -22-24 ед Гликемия 2,9-11,0– ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к в течение 6 лет. АИТ с 2006, ТТГ – 2,6 (0,3-4,0) Мме/мл, АТТПО -773(0-30) АТТГ – 146 (0-100) от 2014, принимает L-тироксин 125/100 мкг через день. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.07.16 Общ. ан. крови Нв –124 г/л эритр – 3,7 лейк –5,1 СОЭ – 21 мм/час

э- 1% п- 5% с- 78% л- 14 % м- 2%

07.07.16 Общ. ан. крови Нв – 114 г/л 3,5

05.07.16 Биохимия: СКФ –78,3 мл./мин., хол –5,3 тригл -1,6 ХСЛПВП -1,44 ХСЛПНП -3,12 Катер -2,68 мочевина –4,0 креатинин –80,3 бил общ –10,6 бил пр –2,0 тим – 4,1 АСТ –0,28 АЛТ – 0,31 ммоль/л;

27.06.16 Глик. гемоглобин – 7,3%

08.07.16 ТТГ – 1,3 (0,3-4,0) Мме/мл

### 05.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум; эпит. перех. - в п/зр

07.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -46500 эритр -1500 белок – 0,038

08.07.16 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -49000 эритр - белок – отр

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

06.07.16 Суточная глюкозурия – 1,78%; Суточная протеинурия – отр

##### 08.07.16 Микроальбуминурия –426,6 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 05.07 | 7,8 | 7,0 | 12,6 | 3,4 |
| 07.07 | 4,8 | 2,1 | 8,8 | 7,3 |
| 08.07 | 11,4 | 12,6 | 4,1 | 11,4 |
| 11.07 | 4,0 |  | 10,7 | 5,2 |
| 12.07 |  | 10,2 |  |  |
| 13.07 |  | 6,1 | 6,6 |  |

04.07.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

04.07.16Окулист: VIS OD= 0,6 OS= 0,7

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

04.07.16ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

06.07.16Кардиолог: НЦД по смешанному типу СН 0.

05.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

06.07.16Гинеколог: Кандидозный вульвовагинит

12.07.16Гинеколог: Пр злорова.

12.07.16УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре.

04.07.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 3,6 см3; лев. д. V = 2,7 см3

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

Лечение: Новорапид, Левемир, келтикан, L-тироксин, офлоксацин, фуцис, йогурт норм, тиогама, мильгама,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/70 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- 6-8ед., п/о- 10-12ед., п/уж – 4-6ед., Левемир 22.00 22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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: кардонат 1т. \*2р/д. 1 мес..
8. Эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
9. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
10. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 3-6 мес. L-тироксин (Эутирокс) 100 мкг утром натощак по четным числам месяца, 125 мкг по нечетным
12. Рек. окулиста: оптикс форте 1т 1р\д
13. 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.
14. Б/л серия. АГВ № 235351 с 04.07.16 по 15.07.16. К труду 16.07.16.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

и/о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Костина Т.К.