#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 869

##### Ф.И.О: Пацик Юлия Олеговна

Год рождения: 1982

Место жительства: Г-Польский р-н. с. Дорожнянка ул. Гагарина 5

Место работы: н/р, инв Ш р

Находился на лечении с 19.07.16 по 30.08.16 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, декомпенсация. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном уровне, с- люмбалгии, мышечно-тонический , болевой с-м. Хроническое рецидивирующее течение, стадия обострения. с-м вегетативной дисфункции, цереброастенический с-м. Метаболическая кардиомиопатия НС 0. Язвенная болезнь активная фаза, хроническая язва ПДК, H-pylory положительный рубцовая деформация луковицы ДПК. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Эутиреоз.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, боли в эпигастральной области

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Принимала Фармасулин Н, Фармасулин НNР. С 2015 в связи со стойкой декомпенсацией переведена на Инсуман Рапид, Инсуман Базал. В наст. время принимает: Инсуман Рапид п/з-16 ед., п/о-12 ед., п/у-12 ед., Инсуман Базал 22.00 – 26 ед. Гликемия –8,0-12,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2015г. Боли в н/к с начала заболевания. АИТ с 2013. ТТГ – 1,1 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –260 (0-30) МЕ/мл от 02.06.14 Заместительную терапия не принимает. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.07.16 Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр – 4,4 лейк – 6,2 СОЭ – 11мм/час

э- 4% п- 0% с- 55% л- 36% м- 5%

20.07.16 Биохимия: СКФ – 86,9мл./мин., хол –3,53 тригл -1,06 ХСЛПВП -1,32 ХСЛПНП – 3,51Катер -1,67 мочевина – 4,9 креатинин – 82 бил общ –9,8 бил пр 2,4– тим – 1,57 АСТ – 0,12 АЛТ –0,11 ммоль/л;

20.07.16 Амилаза – 9,2 ( 0-90) ед\л

20.07.16 Глик. гемоглобин – 8,7%

22.07.16; ТТГ – 0,7 (0,3-4,0) Мме/мл

25.07.16 Са – 2,32 ммоль/л

### 20.07.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

21.07.16 Суточная глюкозурия – 3,1 %; Суточная протеинурия – 0,081

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.07 | 12,1 | 13,3 | 3,1 | 6,0 |
| 22.07 | 11,1 | 9,1 | 5,4 | 8,3 |
| 25.07 | 10,0 | 11,6 | 7,8 | 7,7 |
| 27.07 | 5,6 | 4,7 | 8,4 | 10,2 |

19.07.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма . Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника на поясничном уровне, с- люмбалгии, мышечно-тонический , болевой с-м. Хроническое рецидивирующее течение, стадия обострения. с-м вегетативной дисфункции, цереброастенический с-м.

Окулист: VIS OD= 0,5 OS= 0,7 ;

Артерии сужены. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

19.07.16ЭКГ: ЧСС -83 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

21.07.16Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия НС 0.

26.07.16ЭХО КС: КДР-4,5 см; КСР- 2,9см; ФВ- 62%; просвет корня аорты 3,3- см; ПЛП – 3,3 см; МЖП – 1,0 см; ЗСЛЖ –0,9см; ППЖ-2,3 см; По ЭХО КС: Эхопризнаки регургитации 1 ст. на МК. Взаимоотношение камер сердца не нарушено. Систолическая функция левого желудочка сохранена..

27.07.16 Гастроэнтеролог: Язвенная болезнь активная фаза, хроническая язва ПДК, H-pylory положительный рубцовая деформация луковицы ДПК.

20.07.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

27.04.16Гинеколог: HVS

27.07.16 ФГДЭС: Недостаточность кардии. хроническая язва ДПК, язвенная деформация луковицы ДПК.

25.07.16УЗИ: 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, спаек слева от матки

19.07.16УЗИ щит. железы: Пр д. V =11,6 см3; лев. д. V = 10,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с небольшим количеством мелкого фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Инсуман Базал, Инсуман Рапид,, магникум, витаксон, тиоктацид, тивортин

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 90/60 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Инсуман Рапид, п/з-18-20 ед., п/о- 8-10ед., п/уж -10-12 ед., Инсуман Базал 22.00 32-34 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 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. \*3р/д. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 2,5 мг утром курсами, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Тиоктацид 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д 1 мес.
10. Рек. невропатолога: мидостад 1,0 в/м № 7, олфен депо капс 1р/д 7 дней.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. рек гастроэнтеролога: стол № 5 режимпитания, офор 1т 2р/д 7 дней, биогая 1т 1р/д за 30 мин до еды в обед, даларгин 1,0 в/м 10 дней, гастронорм 2т 2р/о за 30 мин до еды 2 нед, проксиум 40 мг 1т 1р\д за 1 час до еды 7 дней. Контроль ФГДЭС после лечения.
13. рек гинеколога: ацикловер 200 мг 2р\д 10 дней, ацикловир крем местно до 5 р/д, йогурт норм 2к 3р/д за 10 мин до еды 10 дней затем 2 капс утром 2 мес.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.