#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 996

##### Ф.И.О: Солодкая Наталья Юрьевна

Год рождения: 1991

Место жительства: Вольнянский р-н, г. Вольяннск ул. Пушкина 2б-16

Место работы: д/о

Находился на лечении с 23.08.16 по 05.09.16 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. Диаб. ангиопатия артерий н/к.ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. НЦД по смешанном типу. ДДПП на шейном уровне, с-м цервикалгия, мышечно-тонический, умеренный болевой с-м. Вегетативная дисфункция, цереброастенический с-м. Гипотиреоз, средней тяжести, декомпенсация.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, головные боли, головокружение, частые гипогликемические состояния, общую слабость, быструю утомляемость, отечность лица, сонливость.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Эпайдра п/з- 5-7ед., п/о- 5-7ед., п/у- 3-4 ед., Лантус 22.00 26-27 ед. Гликемия –2,4-19 ммоль/л. НвАIс – 10,2 % от 22.08.16. Боли в н/к с в течение 5 лет. Гипотиреоз с 2014, ранее принимал L-тироксин в дозе 75 мг в сутки . В течении последних 2 мес L-тироксин не принимает. 22.08.16: Т4св – 9,86 (11,5-22,7), ТТГ – 4,44(0,3-4,0) Мме/мл. В 2011 году АТ к ТГ-140,6 ,АТК ТПО-10,9(0-30). Отмечает непереносимость препаратов А-липоевой кислоты (тошнота, рвота). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

25.08.16 Общ. ан. крови Нв – 130 г/л эритр –3,9 лейк –5,0 СОЭ – 11 мм/час

э- 9% п- 0% с-41 % л- 47 % м- 3%

25.08.16 Биохимия: СКФ 93,7 мл./мин., хол –6,0 тригл – 1,22ХСЛПВП -1,22 ХСЛПНП -1,45 Катер -4,0 мочевина –3,2 креатинин –76 бил общ –10,2 бил пр –2,5 тим –3,06 АСТ –0,2 АЛТ –0,48 ммоль/л;

### 26.08.16 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. - ед в п/зр

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

25.08.16 Суточная глюкозурия – 1,6 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.08.16 Микроальбуминурия – 46,5мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.08 | 7,0 | 10,0 | 7,9 | 9,4 |
| 26.08 | 5,2 | 8,2 | 5,8 | 9,0 |
| 31.08 | 7,7 | 10,4 | 6,9 | 9,3 |
| 02.09 |  | 4,9 |  |  |

23.08.16Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. ДДПП на шейном уровне, с-м цервикалгия, мышечно-тонический, умеренный болевой с-м. Вегетативная дисфункция, цереброастенический с-м.

25.08.16Окулист: VIS OD= 0,5-1,5=0,9 OS= 0,7-1,0=1,0 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. а:в 1:2, сосуды широкие, вены уплотнены, стенки утолщены, умерено извиты. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

23.08.16ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена.

29.08.16Кардиолог: НЦД по смешанном типу.

30.08.16Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

25.08.16РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

26.08.16УЗИ щит. железы: Пр д. V = 8,1см3; лев. д. V = 7,6 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз и гидрофильные очаги до 0,4 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: L-тироксин, нормовен, Эпайдра, Лантус, актовегин, мильгамма, мидокалм, ноотропил.

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: Эпайдра п/з- 7-9ед., п/о- 7-9ед., п/уж -3-5 ед., Лантус 22.00 26-28 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 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: Дообследование: ЭХО КС по м/ж. Повторный осмотр кардиолога.
8. Эналаприл 2,5 мг утром курсами. Контр. АД.
9. Нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. Рек. невропатолога: нормовен 1т 2р\д 1-2 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ через 1 мес, определить повторно АТТПО, АТТГ (в энддиспансере отказалась). Эутирокс (L-тироксин) 12,5 мкг утром натощак. Повторный осмотр эндокринолога через 1 мес для коррекции дозы L-тироксина.
12. 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.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.