#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 567

##### Ф.И.О: Силина Ольга Игнатовна

Год рождения: 1964

Место жительства: г.Запорожье ул. Гаврилова 16-2

Место работы: АО «Мотор Сич» инженер технолог.

Находился на лечении с 14.04.17 по 25.04.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоимунный тиреоидит, гипертрофическая форма, гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. ИБС, постинфарктный кардиосклероз (2014) состояние после стентирования коронарной артерии (2014), коронаро-артериография (2014), СН1. Дисметаболическая энцефалопатия 1 на фоне нестенозирующего атеросклероза церебральных артерий, цереброастенический с-м. Незрелая катаракта ОД. Артифакия ОИ.

Жалобы при поступлении на периодические гипогликемические состояния, судороги, онемение ног,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1986г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, В 2014 переведена на Протафан НМ, Новорапид в связи с перенесенным Q-инфаркт миокарда ( 2014). В наст. время принимает: Новорапид п/з-5-7 ед., п/о-4 ед., п/у-5 ед., Протафан НМ 22.00 10-12. Гликемия –8,2-4,4 ммоль/л. НвАIс – не определен. Последнее стац. лечение в 2015г. АИТ выявлен в 2013, АТТПО – 2345, гипотиреоз в 2013, постоянно принимает L-тироксин 50 мкг/сут Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 18.04 | 117 | 3,5 | 4,7 | 6 | 1 | 2 | 73 | 20 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 18.04 | 75,3 | 4,4 | 1,01 | 1,49 | 2,45 | 1,9 | 5,5 | 74,8 | 10,7 | 2,7 | 4,4 | 0,28 | 0,42 |

21.04.17 ТТГ – 9,7 (0,3-4,0) Мме/мл;

### 18.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1015 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

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

19.04.17 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

20.04.17 Микроальбуминурия – в работе.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.04 | 4,3 | 2,9 | 13,6 | 3,2 |
| 19.04 | 4,5 | 3,0 | 4,7 | 2,6 |
| 22.04 | 4,3 | 5,0 | 5,4 | 3,4 |
| 24.04 |  | 6,0 | 5,5 | 3,8 |

15.04.17Невропатолог: Дисметаболическая энцефалопатия 1 на фоне нестенозирующего атеросклероза церебральных артерий, цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма хроническое течение.

18.04.17Окулист: VIS OD= 0,4сф – 0,75=0,5 OS=0,5 сф + 1,0 =0,7 Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 сосуды сужены, вен уплотнены. В макуле рефлекс сглажен Д-з: Незрелая катаракта ОД. Артифакия. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ

14.04.17 ЭКГ: ЧСС -60 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

18.04.17Кардиолог: ИБС, постинфарктный кардиосклероз (2014) состояние после стентирования коронарной артерии (2014), коронаро-артериография (2014) СН1. Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р\д, аторвастатин 20 мг\*1р/сут. на ночь. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

18.04.17 Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

20.04.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; перегиба ж/пузыря в области шейки.

14.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V =10,1 см3; лев. д. V =8,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий и крупный фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: тиогамма, фламогрель, торвакард, аспирин кардио, рамизес, коронал, L-тироксин, Новорапид, Протафан НМ, нуклео ЦМФ,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст. Дозы Новорапида уменьшены, гипогликемических состояний не наблюдалось с больной проведена беседа о режиме питания. Больной не определен глик. гемоглобин.

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-3 ед., п/о- 4ед., п/уж -4 ед., Протафан НМ 22.00 8 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 36 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рамизес 10 мг утром, коронал 1т в обед, аспирин кардио 1т утром, торвакард 10 мг п/у. фламогрель 1т утром
7. Тиогамма ) 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес.
8. L-тироксин 75 мкг утром натощак за 30 мин до еды. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
9. 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.
10. Б/л серия. АГВ № 235783 с 14.04.17 по 25.04.17. к труду 26.04.17

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В