#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 589

##### Ф.И.О: Маковская Ирина Анатольевна

Год рождения: 1972

Место жительства: г. Запорожье б.Центральный 1б 22

Место работы: Запорожская детская художественная школа, воспитатель, инв Ш гр

Находился на лечении с 19.04.17 по 03.05.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ. Диабетическая периферическая сенсоно-моторная полинейропатия , хр. течение. Диабетическая ангиопатия н/к1- II ст. ВРВ н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия СН 0. АИТ. Узел, правой доли, состояние эутиреоза. Множественная лейомиома матки. Постгеморрагическая анемия средней тяжести.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з- 10ед., п/о-8 ед., п/у-10 ед., Левемир п/з 20 ед, п/у 16 ед. Гликемия –6,9 ммоль/л. . Последнее стац. лечение в 2016г. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 20.04 | 04 | 3,2 | 6,7 | 12 | 3 | 1 | 65 | 28 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 20.04 | 102 | 4,3 | 1,2 | 2,16 | 1,6 | 1,0 | 2,8 | 61,6 | 11,0 | 2,7 | 1,7 | 0,18 | 0,32 |

21.04.17ТТГ –0,4 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 183,6 (0-30) МЕ/мл

21.04.17 К – 3,67 ; Nа – 139 Са - 2,31

### 20.04.17 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк – 2-4 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - много; эпит. перех. -ед в п/зр

24.04.17 Суточная глюкозурия – 1,5%; Суточная протеинурия – отр

##### 07.04.17 Микроальбуминурия – 82,2мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 20.04 | 5,9 | 14,1 | 14,2 | 14,6 |
| 23.04 | 5,4 | 6,8 | 12,6 | 14,1 |
| 26.04 | 6,2 | 10,8 | 7,9 | 7,0 |
| 30.04 | 5,7 | 6,4 | 6,5 | 10,8 |

20.04.17 Окулист: VIS OD=0,3сф – 1,0=1,0 OS= 0,5сф – 1,5 =1,0 ;

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 вены полнокровны, сосуды умеренно расширенны. В макуле без особенностей. Д-з: миопия слабой степени ОИ.

19.04.17ЭКГ: ЧСС - 80уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

20.04.17 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН 0 ст. Рек. кардиолога: предуктал МR 1т. \*2р/д. 1 мес., Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

24.04.17 Хирург: Диабетическая ангиопатия н/к1- II ст. ВРВ н/к. 1- II с обеих сторон. Тромбофлебит подкожных вен бедра с обеих сторон ?

20.04.17 РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

20.04.17 Допплерография: Определение ЛПИ противопоказано из-за наличия у больной ВРВ н/к

24.04.17 гинеколог: Множественная лейомиома матки

24.03.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки множественной лейомиома матки, кисты левого яичника

14.04.17 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 6,1 см3; лев. д. V = 4,0 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. И гидрофильные очаги до 0,3 см. В пр доле в с/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,31\* 0,97см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Диффузные изменения паренхимы. Узел правой доли.

Лечение: кардиомагнил, тиогамма, тардиферон, эналаприл, Левемир, Новорапид, тиоктацид, луцетам, тивомакс, кокарнит.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 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 ед., п/о- 10-12ед., п/уж – 6-8 ед., Левемир п/з 22 ед, 22.00 12 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в3 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. Эналаприл 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
8. Тиогамма 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
9. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
10. Оперативное лечение в плановом порядке по поводу лейомиомы. Контроль гемоглобина через 2 нед.
11. Тардиферон 1т 2р/д 1 мес.
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.
13. Б/л серия. АГВ № 2357 с 19.04.17 по 03.05.17. к труду 04.05.17

##### Леч. врач Карпенко И.В

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В