#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 4

##### Ф.И.О: Лукьянова Марина Александровна

Год рождения: 1963

Место жительства: г. Запорожье ул. Гоголя 8- 181

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 03.01.17 по 17.01.17 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Ожирение I ст. (ИМТ 30,5кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза (дисметаболическая гипертоническая) цереброастенический с-м. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН0. Узловая лейомиома матки, регресс.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 5 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2001г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумулин Р п/з- 18ед., п/о-16 ед., п/у- 14ед., Хумулин NРН 22.00 – 38 ед. Гликемия – 4,2-11,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2016г. Боли в н/к в течение 6 лет. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает эналаприл 20мг\*2 р/д. ТТГ –1,8 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО –381 (0-30) МЕ/мл. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

04.01.17 Общ. ан. крови Нв –152 г/л эритр – 4,6лейк – 7,5 СОЭ –17 мм/час

э-5 % п- 1% с-55 % л- 37% м-2 %

04.01.17 Биохимия: СКФ –82,4 мл./мин., хол –8,5 тригл -5,7 ХСЛПВП -1,2 мочевина –5,5 креатинин –100,9 бил общ –24,1 бил пр –6,0 тим –11,3 АСТ –0,36 АЛТ –0,27 ммоль/л;

06.01.17 Глик. гемоглобин – 10,5%

06.01.17ТТГ – 1,5 (0,3-4,0) Мме/мл

06.02.16 Са – 2,44

### 04.01.17 Общ. ан. мочи уд вес 1026 лейк –1/2 в п/зр белок – 0,016 ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

05.01.17 Суточная глюкозурия – 0,3%; Суточная протеинурия – отр

##### 06.01.17 Микроальбуминурия –151,8 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 04.01 | 9,8 | 7,4 | 11,9 | 3,7 |  |
| 06.01 | 11,7 | 10,6 | 6,5 | 4,1 | 5,6 |
| 07.01 | 5,8 |  |  |  |  |
| 11.01 |  | 6,5 |  |  |  |

03.01.17Невропатолог: Дисциркуляторная энцефалопатия сочетанного генеза ( дисметаболическая гипертоническая) цереброастенический с-м. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма

04.01.16 (и/б № 6)Окулист: . Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

03.01.17ЭКГ: ЧСС - уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена влево. Позиция промежуточная, горизонтальная, полувертикальная. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

06.01.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. СН0

04.01.16 (и/б № 6) Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

10.11.17Нефролог: ХБП II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

06.01.17Гинеколог: Узловая лейомиома матки регресс

04.01.17РВГ: Нарушение кровообращения I ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

06.01.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки увеличения, диффузных изменений в паренхиме печени по типу стеатогепатоза, жкб, хр. калькулезного холецистита, хр. панкреатита.

03.01.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,0 см3; лев. д. V =8,2 см3

По сравнению с УЗИ от 01.2016 размеры железы уменьшились. Контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, прослойки фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: эналаприл, эутирокс, эспа-липон, витаксон, луцетам, Хумулин R, Хумулин НПХ

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 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: Хумулин R п/з-18-20 ед., п/о- 16-18ед., п/уж 14-16 ед., Хумулин НПХ 22.00 38-40 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: престариум 5-10 мг веч. Контроль АД, ЭКГ.
8. Эналаприл 5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Эспа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек нефролога: «Д» наблюдение контроль ан. мочи, курсы сосудистых препаратов, престариум 5-10 мг.
12. Рек гинеколога: УЗИ ОМТ, осмотр с результатами.

##### Леч. врач Фещук И.А.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В