#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 249

##### Ф.И.О: Ивлева Валерия Владимировна

Год рождения: 1973

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 23-291

Место работы: н/р

Находился на лечении с 17.02.17 по 02.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Миопия слабой степени ОИ. Ангиопатия сетчатки ОИ. Ожирение II ст. (ИМТ 36кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 1. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Цереброастенический с-м. Узловая лейомиома матки. Фолликулярная киста левого яичника.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 8-10 кг за год, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100 мм рт.ст., шаткость при ходьбе, периодические боли в плечевых суставах, суставах кистей, периодически гипогликемические состояния в различное время суток, купируемые дополнительным приемом пищи.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1999г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия Монотард, Протафан НМ, Актрапид НМ, Новомикс. С 2012 вновь переведена на Актрапид НМ Протафан НМ. В наст. время принимает: Актрапид НМ п/з-4-6 ед., п/о-2-4 ед., п/у- 4-6ед., Протафан НМ 22.00 14 ед. Гликемия –2,0-15,0 ммоль/л. НвАIс – 11,4 % от 07.2016 . Последнее стац. лечение в 2012г. Повышение АД в течение 3 лет. Из гипотензивных принимает бисопролол 5 мг. Диффузный зоб 1 ст, эутиреоз с 2016, АТТО – не определялось. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

20.02.17 Общ. ан. крови Нв – 124 г/л эритр –3,7 лейк –4,9 СОЭ –7 мм/час

э- 4% п-1 % с- 65% л- 17 % м- 13%

20.02.17 Биохимия: СКФ –124 мл./мин., олл –4,4 тригл – 1,07ХСЛПВП -0,86 ХСЛПНП – 3,0Катер -4,1 мочевина –3,1 креатинин –79 бил общ –9,8 бил пр –2,4 тим –1,35 АСТ – 0,25 АЛТ – 0,20 ммоль/л;

24.02.17ТТГ –1,9 (0,3-4,0) Мме/мл; АТ ТПО – 8,9 (0-30) МЕ/мл

21.02.17 С-реактивный белок – 3+++

24.02.17 К –4,55 ; Nа – 139,5 Са - 2,21 Са++ 1,23- С1 – 105,0 ммоль/л

### 21.02.17 Общ. ан. мочи уд вес 1021 лейк –2-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. –ум ; эпит. перех. –ед в п/зр

28.02.17 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1500 эритр -250 белок – отр

20.02.17 Суточная глюкозурия – 2,5 %; Суточная протеинурия – отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.02 | 5,7 | 5,8 | 4,1 | 10,7 |
| 21.02 2.00-10,4 | 9,2 | 12,8 | 5,7 | 11,0 |
| 24.02 | 11,9 | 12,4 | 3,7 | 12,9 |
| 26.02 | 10,5 | 5,8 | 4,4 | 5,7 |
| 28.02 | 5,6 | 10,9 | 8,5 | 8,5 |
| 01.03 |  |  | 3,7 |  |
| 02.03 | 9,1 |  |  |  |

22.02.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма, хроническое течение. Дисметаболическая энцефалопатия 1. Цереброастенический с-м.

20.02.17Окулист: VIS OD=0,2сф- 2,5=1,0 OS=03,1сф- 2,75=0,9 Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:3 вены широкие, умеренно извиты, полнокровны. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия слабой степени ОИ.

22.02.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

28.02.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

22.02.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 1.

28.02.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

01.03.17Гинеколог: Узловая лейомиома матки. Фолликулярная киста левого яичника.

20.02.17 РВГ: . Нарушение кровообращения I-II ст. с обеих сторон, тонус сосудов N.

01.03.17 УЗИ ОМТ: Эхопризнаки лейомиомы матки, кистозных изменений шейки матки, кисты левого яичника (фолликулярной)

01.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; образование в паренхиме правой почки, похожего на ангиолипому.

17.02.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 4,2 см3; лев. д. V = 4,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Капсула уплотнена, утолщена. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура неоднородная, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Актрапид НМ, Протафан НМ, тиогамма турбо, мильгамма ,актовегин, эналаприл, индапрес, бисопролол, кардиомагнил,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, сохраняется неустойчивая гликемия, склонность к гипогликемическим состояниям, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. исчезли отеки н/к, уменьшилась тахикардия.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Актрапид НМ п/з-6-8 ед., п/о-4-6 ед., п/уж -4-6 ед., Протафан НМ п/з 18-19ед, п/у 20- 22 ед. При сохраняющейся неустойчивой гликемии, гипогликемических состояний повторная госпитализация для изменений режима и, возможно вида инсулина.
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: нолипрел форте 1т\*утром, небивалол 2,5 мг. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
8. Индапрес 2,5 мг утром, бисопролол 5 мг , кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. 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.
10. Рек гинеколога: лютена 100 г p/v № 10, боровая матка по 30 к 3р/сут с 5 по 23 день менстр. цикла. УЗИ контроль через 6 мес.
11. Дообследование у ревматолога.

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В