#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 363

##### Ф.И.О: Тарасюк Татьяна Валерьевна

Год рождения:1987

Место жительства: Приморский р-н, г. Приморск ул. Гоголя

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 10.03.17 по 22.03.17 в энд.отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1 , средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 7) хроническое течение. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к.Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Эутиреоидное состояние. Дисметаболическая энцефалопатия, астеноневротический с-м. Ангиопатия сосудов сетчатки, миопия слабой степени ОИ. Гипертоническая болезнь II стадии 2степени. Риск 4.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 20 кг за год(при соблюдении строгой диеты), ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 160/100мм рт.ст., головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость.

Краткий анамнез: СД выявлен в2010г. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з- 14ед., п/о- 14ед., п/у-14 ед., Фармасулин НNP 22.00 26 ед. Гликемия –10-12ммоль/л. НвАIс–12,98 % от 16.02.17. Последнее стац. лечение в 2014г. Боли в н/к в течение 6лет.Повышение АД с 2000г, принимает нолипрел 1т 1р\д. АИТ, гипертрофическая форма с 2014 ТТГ – 1,0 (0,3-4,0)АТТПО – 555,0 (0-30). Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.03.17Общ.ан. крови Нв –133 г/л эритр –4,0лейк –5,2 СОЭ – 19 мм/час

э- 2% п- 3% с- 72% л- 21 % м- 2%

21.03.17 Общ.ан. крови Нв –139 г/л эритр –4,2 лейк –9,5 СОЭ – 27 мм/час

э- 1% п- 3% с- 69% л- 25 % м- 2%

13.03.17Биохимия: СКФ –141,9 мл./мин., хол –6,6тригл -1,7 ХСЛПВП -1,17 ХСЛПНП –4,6Катер -4,6 мочевина –3,1креатинин –61,6 бил общ –10,9 бил пр –2,7тим – 0,72 АСТ –0,11 АЛТ –0,19ммоль/л;

13.03.17 ТТГ-1,8(0,3-4,0)

17.03.17 К-4,25 ,Na-141,1 Са++ -1,11 С1 – 99,3 ммоль/л

### 14.03.17Общ. ан. мочи уд вес 1044лейк –4-5 в п/зр белок – отр ацетон –1+; эпит. пл. - много; эпит. перех. -много в п/зр

15.03.17Ацетон мочи отр.

15.03.17Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500эритр-отр белок – отр

22.03.17Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2500эритр-отр белок – отр

13.03.17Суточная глюкозурия – 2,6%; Суточная протеинурия – 0,067

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 10.03 |  |  | 9,3 |  |
| 11.03 | 10,8 | 9,0 | 11,8 | 10,5 |
| 14.03 2.00-11,0 | 10,9 | 7,9 | 12,2 | 7,6 |
| 15.03 | 8,5 | 7,1 | 13,7 | 15,5 |
| 16.03 | 10,8 |  |  |  |
| 17.03 2.00-12,3 | 8,6 | 9,1 | 8,9 | 12,2 |
| 19.03 | 10,4 | 9,0 | 12,7 | 10,0 |
| 20.03 |  |  | 8,4 | 8,0 |
| 22.03 | 8,0 |  |  |  |

10.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 7) хроническое течение. Дисметаболическая энцефалопатия, астеноневротический с-м.

17.03.17 Окулист: VISOD=0,2sph-2,0Д=0,6 OS= 0,2 sph-2,5Д=0,9.

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие.А:V 1:2вены уплотнены ,сосуды умеренно извиты ,в макулярной области без особенностей. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки, миопия слабой степени ОИ.

10.03.17 ЭКГ:ЧСС -80 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл.ось не отклонена. умеренная Гипертрофия левого желудочка.

16.03.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени.

13.03.17 Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.03.17Травматолог: дообследование

22.03.17 ФГ ОГК№ 103507: без патологии.

14.03.17Хирург: хирургической патологии в данной момент нет.

14.03.17 РВГ: Нарушение кровообращения II-Ш ст. с обеих сторон, тонус сосудов повышен.

14.03.17 на р-гр обеих коленных суставов без травматических изменений.

13.03.17УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,4 см3; лев. д. V =6,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры неровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин Н, Фармасулин НNР, ксилат, атоксил ,диалипон ,витаксон ,нолипрел.

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/70 мм рт. ст. Отмечает редкий сухой кашель Т тела 36,3°С от дальнейшего лечения обследования в условиях эндодиспансера отказывается, настаивает на выписке из отделения, о возможных осложнениях предупреждена.

Рекомендовано:

1. Продолжить лечение у семейного врача по м\ж, учитывая першение в горле, редкий сухой кашель, изменения в ОАК (от консультации пульмонолога в условиях эндодиспансера отказалась)
2. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога по м\жит.
3. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
4. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-14-16 ед., п/о-18-20 ед., п/уж -18-20 ед., Фармасулин НNР 22.00-34 ед
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., протеинурии 1р. в 3 мес.
6. Гиполипидемическая терапия (розувастатин10 мг) с контролем липидограммы.
7. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: нолипрел форте по 1 табл 1 р/день под контролем АД. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.
9. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.)1 мес.
10. Рек. невропатолога: армадин лонг 300 мг 1 р/день 1 мес.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Контроль ОАК в динамике, продолжить дообследование у семейного врача по м/жит (УЗИ ОБП, почек, дообследование по рекомендации травматолога в эндодиспасере отказалась).
13. Рекомендации травматолога: МРТ коленного сустава, анальгетики, гель живокоста.

##### Леч. врач Соловьюк Е.А.

И.о Зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В