#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 366

##### Ф.И.О: Ржепянская Наталья Григорьевна

Год рождения: 1976

Место жительства: Пологовский р-н, г. Пологи ул. Украинская 16

Место работы: КУ «Пологовская гимназия «Основа» медсестра, инв II гр

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

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Авитрия OS. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6) хроническое течение. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия с преимущественным вовлечением н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6) хроническое течение. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия IV ст. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы, гипертрофическая форма. Узловой зоб 0-1 ст. Узлы левой доли. Эутиреоидное состояние. Климактерический с-м, вегетососудистая форма. С-м ВСД. Пролапс митрального клапана 1 ст без регургитации СН 0. ДДПП ШОП и ПОП. С-м цервикалгии, люмбалгии, хр. рецидивирующее течение.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, снижение веса на 6 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 180/100 мм рт.ст., головные боли, головокружение, шум в голове, слабость, приступы внутренней дрожи, тошноты, потливости, подъема АД, после которых отмечает мочеизнурение, нарушение менструации.

Краткий анамнез: СД выявлен в 1989г в кетоацидотическом состоянии. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. С начала заболевания инсулинотерапия Актрапид НМ, Протафан НМ. С 2014 в связи с декомпенсацией, гипогликемическими состояниями, ацетонурией переведена на Эпайдра, Лантус. В наст. время принимает: Эпайдра п/з-10-12 ед., п/о-10-12 ед., п/у- 8 ед., Лантус 21.00 18-20 ед. Гликемия –3,9-23,0 ммоль/л. НвАIс -4,1 % от 10.2016. Последнее стац. лечение в 10.2016г (4-й гор. больницы). Повышение АД в течение 1 года. АИТ, узловой зоб с 2007 АТТПО – 572 МЕ /мл. В 2016 ТАПБ - умеренные диффузные изменения по типу АИТ, узел левой доли. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

13.03.17 Общ. ан. крови Нв – 136 г/л эритр – 4,1лейк – 4,0 СОЭ – 15 мм/час

э- 1% п- 3% с- 70% л- 25 % м- 1%

13.03.17 Биохимия: СКФ –86,2 мл./мин., хол –3,7 тригл -0,81 ХСЛПВП – 1,52ХСЛПНП -1,81 Катер – 1,4 мочевина –4,3 креатинин – 69,3 бил общ – 11,8 бил пр –2,8 тим –1,3 АСТ –0,1 АЛТ – 0,25 ммоль/л;

11.03.17 Глик. гемоглобин -8,5 %

17.03.17ТТГ – 1,0 (0,3-4,0) Мме/мл

17.03.17 К – 4,62 ; Nа – 140 Са - 2,32 Са++ -1,15 С1 - 100 ммоль/л

### 14.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1032 лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. -ед в п/зр

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

13.03.17 Суточная глюкозурия – 1,5 %; Суточная протеинурия – 0,055

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.03 | 13,6 | 12,2 | 5,3 | 11,8 | 14,3 |
| 14.03 | 10,8 | 9,9 | 6,3 | 5,1 | 10,6 |
| 17.03 | 11,8 | 9,1 | 6,3 | 4,0 | 10,3 |
| 19.03 | 8,9 | 7,3 | 6,4 | 4,3 | 11,8 |
| 22.03 | 8,5 |  |  |  |  |

10.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 5, NDS 6) хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, вегетативная дисфункция, астено-невротический с-м. венозная дисгемия, цефалгический с-м. ДДПП ШОП и ПОП С-м цервикалгии, люмбалгии, хр. рецидивирующее течение.

17.03.17 Окулист: VIS OD=0,5 н/к OS=0,2 н/к

В хрусталике уплотнение OS – авитрия.. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. начальная неоваскуляризация, легкие экссудаты, множественные микроаневризмы, лазеркоагулярн, сосуды неравномерно сужены, извиты, вены полнокровны, перегруппировка пигмента Д-з: Пролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Начальная катаракта ОИ. Авитрия OS.

10.03.17ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Умеренная гипертрофия левого желудочка.

14.03.17Кардиолог: с-м ВСД. Пролапс митрального клапана 1 ст без регургитации СН 0.

15.03.17 ЭХО КС: По ЭХО КС: ПМК 1 ст с уплотнение створок без регургитации . Дополнительная хорда ЛЖ. Соотношение размеров камер сердца и крупных сосудов в норме. Дополнительных токов крови в области перегородок не регистрируется. Сократительная способность миокарда в норме.

13.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.03.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

13.03.17 УЗИ ОМТ: Эхопризнаков органической патологии не выявлено.

13.03.17 гинеколог: Климактерический с-м, вегетососудистая форма.

13.03.17 УЗИ молочных желез: Эхопризнаки двухстороннего фиброцистаденоматоза.

07.11.16УЗИ щит. железы: . Закл.: Умеренные изменения диффузного изменения по типу АИТ. Узлы обеих долей.

Лечение: хемопамид, бифрен, детралекс, индапрес, саганит, Эпайдра, Лантус

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли н/к, чувство «приливов». Улучшился сон АД 130/80 мм рт. ст. , при приступах до 150/90

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Эпайдра п/з- 8-10ед., п/о-8-10 ед., п/уж -8-10 ед., Лантус 21.00 20-22 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 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: ивабрадин 5 мг 1-2р/д, Контроль АД, ЭКГ.
8. Индапрес 1 т утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
9. Рек. невропатолога: бифрен 1т на ночь 1 мес, детралекс (нормовен) 1т 2р\д 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
11. Рек. окулиста: «Д» наблюдение по м\ж
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 № 235708 с 10.03.17 по 22.03.17. к труду 23.03.17

##### Леч. врач Еременко Н.В.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В