#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 384

##### Ф.И.О: Мушенок Таисия Ивановна

Год рождения: 1953

Место жительства: г.Энергодар ул. Лесная 15-68

Место работы: пенсионер, инв Ш гр

Находился на лечении с 14.03.17 по 24.03.17 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1,тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) хроническое течение. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Диаб. ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. Послеоперационный гипотиреоз (по поводу диффузного токсического зоба 2014), средней тяжести, ст.медикаментозной субкомпенсации. Эндокринная офтальмопатия, легкой степени, неактивная фаза. Гипертоническая болезнь II ст, 2 ст. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический, астеноневротический с-м.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 140/95 мм рт.ст., головные боли

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Фармасулин Н п/з-24-26 ед., п/о- 14-16ед., п/у- 10-14ед., 22.00 20-22ед. Гликемия –12,9 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2014г. Повышение АД в течение 10 лет. Из гипотензивных принимает амлодипин 10 мг, коронал 5 мг. Диффузный токсический зоб с 2010.Тотальная струмэктомия в 2014 в хирургическом отд ЗОКБ., п/операционный гипотиреоз, ТТГ не опредяла, принимает L-тироксин 150 мкг\сут. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

15.03.17 Общ. ан. крови Нв – 150 г/л эритр – 4,5 лейк – 9,1СОЭ –27 мм/час

э-1 % п-6 % с- 70% л- 22 % м-1 %

24.03.17 СОЭ – 27 мм/час

15.03.17 Биохимия: СКФ – 53,7мл./мин., хол –5,1 тригл -1,51 ХСЛПВП -1,71 ХСЛПНП -2,7 Катер -2,0 мочевина –7,1 креатинин – 118,8 бил общ –10,6 бил пр –2,6 тим –4,2 АСТ – 0,42 АЛТ – 0,83 ммоль/л;

17.03.17 ТТГ – 0,1 (0,3-4,0) Мме/мл

### 15.03.17 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – на всё в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -много в п/зр

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

16.03.17 Суточная глюкозурия – 1,68 %; Суточная протеинурия – отр

##### 23.03.17 Микроальбуминурия –37,9мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 15.03 | 12,0 | 15,4 | 6,5 | 5,9 |
| 17.03 | 10,7 | 14,0 | 9,7 | 9,8 |
| 19.03 | 10,4 | 13,1 | 8,5 | 7,9 |
| 22.03 | 8,9 | 7,4 |  |  |

14.03.17Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6) хроническое течение. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II (дисметаболическая, гипертоническая), цереброастенический, астеноневротический с-м.

22.03.17Окулист: VIS OD=0,5сф-0,5д=0,9 OS= 0,4сф – 0,5д=1,0 ; факосклероз, экзофтальм 1 ст. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. А:V 1:2 Артерии сужены, вены полнокровны, . Вены полнокровны. ангиосклероз. Д-з: Эндокринная офтальмопатия легкой степени не активная фаза, ангиопатия сетчатки ОИ.

14.03.17ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Дистрофические изменения миокарда.

20.03.17Кардиолог: Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4.

21.03.17Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

14.03.17Хирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

16.03.17РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N. .

16.03.17Допплерография: ЛПИ справа –0,9 , ЛПИ слева – 1,0. Нарушение кровообращения по а. tibialis роst справа – 1 ст, слева – N

14.03.17УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст; множественные конкременты в желчном пузыре. Диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита.

Лечение: L-тироксин, амлодипин, каптопрес, карведилол, эналаприл, Фармасулин Н, Фармасулин НNP, диалипон, актовегин, кокарнит,

Состояние больного при выписке: СД субкомпенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 130/80 мм рт. ст. Уменьшены дозы приема эутирокса до 100 мкг/сут,, при ТТГ 0,1 на 150 мг эутирокса

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Фармасулин Н п/з-26 ед., п/о-12 ед., п/уж -8 ед., Фармасулин НNP22.00 26 ед.
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес. Контроль ОАК, по м/ж.
5. Гиполипидемическая терапия (розувастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Рек. кардиолога: нолипрел форте 1т\*утром. Контроль АД, ЭКГ.
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*3р/д. 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. Эутирокс 100 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контроль ТТГ через 1 мес. УЗИ щит. железы.

##### Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В