#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1201

##### Ф.И.О: Шейб Наталья Петровна

Год рождения: 1977

Место жительства: г. Запорожье ул Радио 60 – 26

Прописан АР Крым с. Яркое поле, ул. Садовая 29

Место работы: ООО «Голдснаб» упаковщик

Находился на лечении с 14.09.18 по  26.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма. Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия средней степени ОИ. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-II сочетанного генеза (дисметаболическая, сосудистая), последствия перенесенного ишемического инсульта в левой лобной доле в русле левой СМА ( по МРТ от 19.09.18), церебрастенический, вестибулоатактический с-м. Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени. Риск 4. СН0. Аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием узлы обеих долей. Эутиреоидное состояние. Остеоартроз пр. плечевого сустава НФС 1, подакромиальный, подклювовидный бурсит.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, периодически сухость во рту, гипогликемические состояния при несвоевременном приеме пищи, ухудшение памяти, головокружение, нечеткость зрения, боли, судороги, онемение, похолодание в н/к, повышение АД до 160/110 мм рт ст., головокружение при перемене положения тела, учащенное сердцебиение, боли и ограничение подвижности в правом плечевом суставе.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2012 г. в кетоацидотическом состоянии . Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Получала Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р 4р/сут. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 8ед., п/о-8 ед., п/у- ед., Хумодар Б100Р 20.00 – 12 ед. Комы отрицает Гликемия –7,8-10,0 ммоль/л. НвАIс – 9,1 % от . Последнее стац. лечение в 2012г. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 17.09 | 146 | 4,4 | 6,5 | 4 | |  | | 1 | 1 | 71 | 24 | | 3 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 17.09 | 90 | 4,5 | 1,12 | 1,44 | 2,54 | | 2,1 | 4,2 | 67 | 16,2 | 3,7 | 4,0 | | 0,12 | 0,22 |

18.09.18 ТТГ –1,45 (0,4-4,0) Мме/мл АТ ТПО –279,3 (0-30) МЕ/мл

### 18.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1010 лейк – ½ в п/зр белок – 0,022 ацетон –отр; эпит. пл. –на все ; эпит. перех. – на все в п/зр соли – сульфаты, бактерии +.

19.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5000 эритр - белок – отр

17.09.18 Суточная глюкозурия – 0,8%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.09.18 Микроальбуминурия –33,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 15.09 | 6,9 | 11,6 | 6,1 | 6,5 | 7,3 |
| 17.09 | 4,8 | 5,4 | 7,0 | 16,7 |  |
| 19.09 |  |  |  | 6,9 |  |
| 20.09 | 6,9 |  |  |  |  |
| 21.09 |  |  | 4,0 |  |  |
| 23.09 | 6,1 | 10,0 | 6,5 | 10,1 |  |
| 25.09 |  | 8,4 |  | 10,9 |  |

24.09.18 Окулист: VIS OD= 0,1 сф – 3,5=0,5 OS=0,1 сф – 4,0=0,8 .

Оптические среды прозрачны. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Гр. четкие Границы четкие. А:V 1:2 сосуды извиты, вены полнокровны. По заднему полюсу перегруппировка пигмента. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия средней степени ОИ

14.09.18 ЭКГ: ЧСС -100 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ. Гипертрофия левого желудочка, с-м Укороченного PQ

24.09.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

19.09.18 УЗДС МАГ: Эхопррзнаки гипертонической ангиопатия с формирование артериальных деформаций, умеренного функционального вазоспазма в артериях основания головного мозга, возможно на фоне повышение АД, варианта развития правой ПА, умеренной извитости правой ПА в интракраниальном отделе, косвенные признаки патологии в ШОП, признаки умерено выраженной ликворно-венозной дисфункции

18.09.18 На р- гр левого плечевого с-ва без костно-деструктивных изменений.

24.09.18 МРТ пр плечевого сустава: МР признаки минимально выраженного теносиновита сухожилия длинной головки бицепса. Подакромиальный и подклювовидный бурситы, минимально выраженные.

19.09.18 МРТ головного мозга: МРТ картина постинсультных кистозно-глиозных изменений в левой лобной доле как следствие перенесенного ишемического инсульта в русле ЛСМА на фоне сосудистой лейкоэнцелопатии с признаками начальной церебральной и церебеллярной атрофии. Умеренная желудочковая ассиметрия

25.09.18 Ревматолог: Остеоартроз пр. плечевого с–ва НФС 1 ст. подакромиальный, подклювовидный бурсит. Рек: ограничение физ нагрузок на суставы, глюконат 2 амп в/м через день № 10, мелоксикам 1,5 мг в/м 1р/д 5 дней, затем синметон 750 мг 1р/д 10 дней, серрата 1т 3р/д 10 дней, эзолонг 20 ммг 1т 2р/д 10 дней, мидкалм 1,0 в/м 1р/ д 7 дней, местно: фламидез гель 2р/д 10 дней, лазеро-, магнитотерапия пр. плечевого сустава № 10.

17.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено. левой 1 ст, правой 2 ст . Тонус крупных артерий н/к не изменен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к нарушена.

14.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 5,4 см3; лев. д. V =4,9 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура крупнозернистая с единичными расширенными фолликулами до 0,3 см. В пр доле в н/3 изоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,15\*0,92 см. В в/3 пр доле гипоэхогенный узел с гидрофильным ободком 1,4\*0,76 с кальцинатами в центре. В левой доле у заднего контура конгломерат из двух таких же узлов 1,8\*0,84 в с/3 левой доле такой же узел 0,89\*0,8 см. с пристеночными кальцинатами. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Б100Р, Хумодар Р100Р, диклофенак, пирацетам, диалипон, эналаприл, альфалипон, физиолечение.

Состояние больного при выписке: на фоне коррекции доз инсулина нормализовались показатели гликемии ,уменьшились боли в н/к, нуждается в дообследовании и лечении у невропатолога, лечении у ревматолога. АД 130-140/80мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Р100Р п/з- 8-10ед., п/о- 8-10ед., п/уж – 0-2ед., Хумодар Б100Р 22.00 10-12ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин (этсет)10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Гипотензивная терапия: эналаприл 5-10 мг утром, бисопролол 2,5 мг, лоспририн 75 мг 1т на ночь. . Контр. АД, ЧСС.
8. Конс кардиолога в плановом порядке по м\ж.
9. Альфа липон 600 мг/сут. 2-3 мес., келтикан 1т 3р/д 1 мес бифрен 1т 3р/д 1 мес.
10. Конс невропатолога по м\ж
11. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. ТАПБ узлов щит железы с послед конс эндокринолога по м\ж
12. Соблюдение рекомендаций ревматолога (см. выше)
13. Б/л серия. АДЛ № 177735 с 14.09.18 по 26.09.18 к труду 27.09.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.