#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 916

##### Ф.И.О: Панютина Наталья Васильевна

Год рождения: 1971

Место жительства: г. Запорожье ул. Леженка 1а -

Место работы: н/р, инв Ш гр

Находился на лечении с 09.07.18 . по  18.07.18 в энд. 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 2, NDS 2). Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Зоб 1. Эутиреоз. Эндокринная офттальмопатия легкой степени, неактивная фаза. Ожирение I ст. (ИМТ 31кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Метаболическая кардиомиопатия СН0.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, увеличение веса на 4 кг за год, ухудшение зрения, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90 мм рт.ст., головные боли, головокружение,

Краткий анамнез: СД выявлен в 1994г. Течение заболевания лабильное, в анамнезе частые гипогликемические состояния. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Хумодар Р100Р п/з- 22ед., п/о14-16 ед., п/у- 10-12ед., Хумодар Б100Р 22.00 36 ед. Гликемия 4,0 –14,5ммоль/л. НвАIс – 8,8 % от 22.07.18 . Последнее стац. лечение в 2016г. АИТ с 2005 (имеет место эпизод тиреотоксикоза). В дальнейшем принимала L-тироксин. С 2016 L-тироксин не принимает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 10.07 | 136 | 4,1 | 6,9 | 37 | |  | | 2 | 1 | 72 | 22 | | 3 | | |
| 16.07 | 137 | 4,1 | 9,7 | 31 | |  | | 2 | 1 | 75 | 17 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 10.07 | 93 | 4,4 | 1,4 | 1,19 | 2,6 | | 2,7 | 4,8 | 77 | 11,4 | 2,9 | 1,3 | | 0,5 | 0,46 |

11.07.18 Глик. гемоглобин – 8,5%

10.07.18 Анализ крови на RW- отр

11.07.18 ТТГ- 0,47 ( 0,3-4,0) АТТПО – 250 ( 0-30)

10.07.18 К – 4,39 ; Nа –141 Са++ -1,13 С1 106 ммоль/л

### 10.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1020 лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

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

11.07.18 Суточная глюкозурия отр; Суточная протеинурия – отр

##### 11.07.18 Микроальбуминурия –11,0 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 09.07 |  |  | 2,9 | 6,0 |  |
| 10.07 | 5,1 | 4,8 | 2,8 | 6,9 |  |
| 11.07 | 6,8 | 3,1 | 4,0 | 4,8 |  |
| 12.07 2.00-13,7 |  |  |  |  |  |
| 13.07 | 10,5 | 7,7 | 7,3 | 9,1 |  |
| 16.07 | 13,8 | 12,5 | 10,9 | 6,7 |  |
| 17.07 | 10,3 | 7,8 | 6,3 | 4,4 |  |
| 18.07 2.00-8,2 | 9,5 |  |  |  |  |

13.04.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 2, NDS 2).

13.07.18 Окулист: VIS OD= 1,0 OS=1,0

Гл. дно: ОИ вены умеренно отечны, гл. щели смыкаются. Экзофттальм справа, с-м грефе отр , дивжение гл яблок в полном объеме. Оптические среды прозрачны. ДЗН вены расширены, стенки утолщены, уплотнены, вены неравномерного калибра, полнокровны, артерии умеренно извиты, ед. микроаневризмы, В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Эндокринная офттальмопатия легкой степени, неактивная фаза.

09.07.18 ЭКГ: ЧСС – 70 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Гипертрофия левого желудочка.

13.07.18Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия СН0.

16.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

10.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. 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.

09.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 15,1 см3; лев. д. V = 10,2 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, мелкий фиброз. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Хумодар Р100Р, Хумодар Б100Р, персен, диалипон, мильгамма, тиотриазолин.

Состояние больного при выписке: Уменьшилась сухость во рту, жажда, уменьшились боли в н/к, сохраняется тенденция к повышению гликемии в утреннее время, пациентка нуждается в продолжении стац лечения с целью коррекции инсулинотерапии, в связи с семейными обстоятельствами настаивает на выписке из отделения, о возможных осложнениях предупреждена. АД 130/70 мм 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-22 ед., п/о-12 ед., п/уж -10-12 ед., Хумодар Б100Р 22.00 38-40ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
8. Рек. кардиолога: предуктал MR 1т 2р/д 1 мес,.
9. Диалипон 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. невропатолога: нуклео ЦМФ 1т 2р/д 1 мес
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Контроль ОАК в динамике, при показаниях продолжить дообследование у семейного врача по м/ж ( повторная конс. гинеколога, УЗИ ОБП + почек + ОМТ).

Леч. врач Соловьюк Е.А.

И/о зав. отд. Соловьюк Е.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.